

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Avril 1895, à 1 heure

Par JOSEPH CHAPT,

Né à Paris, le 22 Mars 1866.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

PERFORATION DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC

ET DE SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

« Faut venir à l'extrême remède plus
« tôt que laisser le malade mourir si
« vilainement

« A. PARÉ. »

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. { POLAILLON, agrégé.
MARFAN, agrégé.
NETTER, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

255

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 T H È S E No _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Avril 1895, à 1 heure

Par JOSEPH CHAPT,

Né à Paris, le 22 Mars 1866.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PERFORATION DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC ET DE SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

« Faut venir à l'extrême remède plus
« tôt que laisser le malade mourir si
« vilainement.

« A. PARÉ. »

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { POLAILLON, agrégé.
MARFAN, agrégé.
NETTER, agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	
	Professeurs.....	
Anatomie.....		BROUARDEL.
Physiologie.....		MM.
Physique médicale.....		FARABEUF.
Chimie organique et chimie minérale.....		CH. RICHET.
Histoire naturelle médicale.....		GABRIEL.
Pathologie et thérapeutique générales.....		GAUTIER.
Pathologie médicale.....		BAILLON.
		BOUCHARD.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	BETTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PERFORATION DE L'ULCÈRE SIMPLE
DE L'ESTOMAC
ET DE SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

« Faut venir à l'extrême remède plus
« tôt que laisser le malade mourir si
« vilainement.

« A. PARÉ. »

La perforation de l'estomac plus encore que l'hémorrhagie, est la plus grave des complications qui puisse survenir dans le cours de l'ulcère simple.

Quelque petite que soit en effet la perforation, elle n'en laisse pas moins filtrer le contenu de l'estomac dans la grande cavité péritonéale, déterminant ainsi une péritonite généralisée qui se termine presque toujours par une mort plus ou moins rapide.

Sans doute, dans quelques rares cas, des fausses membranes protectrices, des adhérences anormales avec les organes voisins peuvent oblitérer la perforation et localiser la réaction péritonéale. Mais la situation pour être moins grave immédiatement,

n'en reste pas moins critique, et nous verrons que la mort malheureusement est loin d'être une exception dans ces abcès enkystés, consécutifs à une perforation.

Jusqu'en ces dernières années, contre ces accidents si graves on n'utilisait que les ressources du traitement médical qui, il faut bien le reconnaître, restait impuissant dans la plupart des cas, nous pourrions dire dans tous.

C'est à l'étranger que les premières tentatives chirurgicales furent faites. En Allemagne, d'abord, puis en Angleterre, les chirurgiens s'enhardirent à intervenir d'une façon active par la laparotomie dans les cas de perforation. Ils pensèrent qu'en face d'une véritable plaie stomacale l'abstention n'était pas de mise ; qu'il fallait ouvrir l'abdomen, suturer cette perte de substance ; laver le péritoine pour s'opposer à la péritonite si elle n'était pas déclarée ; pour s'opposer à ses progrès si elle était déjà dans la place.

Sans se laisser abattre par les insuccès des premières opérations, ils continuèrent à intervenir et bientôt obtinrent quelques succès.

En France, M. Michaux eut l'occasion d'intervenir dans un cas de perforation d'ulcère, il sutura l'estomac et guérit son malade.

Cette observation qu'il a communiquée au dernier congrès de chirurgie à Lyon, lui a permis de poser nettement les conditions de l'intervention chirurgicale. C'est ce travail qui nous a inspiré le sujet de notre thèse.

Aujourd'hui, d'ailleurs, les opérations sont assez nombreuses pour que nous ayons pensé qu'il serait intéressant d'étudier les observations publiées, d'exposer les indications du traitement chirurgical, de rechercher les causes des insuccès et d'exposer les différents procédés d'intervention.

Cette étude du traitement chirurgical de la perforation de

Ulcère de l'estomac, sera, croyons-nous, utilement préparée par l'exposé de notions sommaires sur la forme, le nombre, le siège et les conséquences des perforations.

Mais avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous tenons à l'honneur de remercier les maîtres qui nous ont dirigé, soutenu, encouragé dans le cours de nos études.

Nous devons, en premier lieu, rappeler la mémoire du regretté professeur Le Fort, qui après avoir été notre premier maître, nous fit l'honneur de nous accepter comme interne.

C'est chez MM. Rendu et Millard que nous avons appris la médecine. Les deux années que nous avons passées chez chacun de ces maîtres aux titres divers de bénévole, d'externe et d'interne, resteront les meilleures de notre vie d'étudiant. En même temps que leur profond savoir, leur sens clinique éclairé, nous avons pu à maintes reprises apprécier la bienveillante affection qu'ils ont pour leurs élèves. Leurs leçons et leur exemple resteront le modèle que nous nous efforcerons d'imiter dans notre carrière. Qu'ils me permettent de les réunir ici dans un commun remerciement comme je les confonds dans ma reconnaissance.

Nous devons aussi remercier M. le professeur-agrégé Marchand, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, dont nous avons apprécié les qualités de clinicien et d'opérateur pendant l'année d'internat que nous avons passée dans son riche service de Saint-Louis.

Nous devons aussi un remerciement spécial à M. le professeur-agrégé Bouilly, chirurgien de l'hôpital Cochin, qui a bien voulu nous accepter pour quelques mois comme interne dans son service à la Maternité de Cochin.

Merci aussi à nos autres maîtres dans les hôpitaux, MM. Lejars, Potherat, Guinard, chirurgiens des hôpitaux et à

MM. Audhoui, médecin de l'Hôtel-Dieu, Jules Simon, Thoinot, Josias, Hippolyte Martin et Hirtz, médecins des hôpitaux.

M. Michaux, chirurgien des hôpitaux, dont les conseils affectueux ne nous ont jamais manqué, sait quelle respectueuse amitié nous avons pour lui.

Monsieur le professeur Le Dentu, en acceptant la présidence de cette thèse, nous fait un honneur dont nous sentons tout le prix et dont nous le remercions tout particulièrement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etude de la perforation.

Fréquence. — La fréquence de la perforation de l'ulcère gastrique varie avec les auteurs. Pour les uns c'est une complication rare qui ne s'observerait que dans 3 à 5 % des cas. (Lebert). Pour Brinton, cette proportion serait plus forte, il l'estime à 13,5 % des cas. Pearce Gould, dans une communication récente, indique un chiffre encore plus considérable, 25 %.

Ces différences s'expliquent aisément : tous les ulcères de l'estomac ne sont pas signalés, ni reconnus ; et bien des cas de gastralgie ne sont autre chose que des ulcères dont les symptômes sont peu nets. Suivant que l'on fait ou non entrer ces cas dans une statistique, les chiffres deviennent ou trop forts ou trop faibles.

Nous avons relevé dans les bulletins de la *Société anatomique* tous les cas de perforation stomacale présentés depuis 1860, nous en avons trouvé un assez grand nombre.

Il est difficile de savoir quel a été le nombre d'ulcères soignés dans le même temps dans les hôpitaux. Nous pouvons cependant en avoir une idée par le relevé que M. Gilles de la

Tourette a fait cette année. Du 15 mars au 15 avril il a relevé tous les cas d'ulcères gastriques qui se trouvaient dans les hôpitaux et il a trouvé 18 cas sur 4.703 malades.

Ces 18 cas comprenaient :

15 Femmes.

3 Hommes.

Sexe. — La perforation s'observe chez la femme plus souvent que chez l'homme; elle y est en moyenne deux fois plus exposée. Et cela était facile à déduire étant donnée la fréquence plus grande des ulcères dans ce sexe.

Age. — La perforation est un accident de tous les âges; on l'a noté dans l'enfance à 8 et 9 ans comme dans la vieillesse à 80 ans. Cependant chez la femme cette complication se rencontre plus souvent de l'âge de 15 à 30 ans. Les hommes présentent leur maximum de 35 à 50.

Nombre des perforations. — L'ulcus rotundum est en général unique; il n'est pas rare pourtant d'en rencontrer deux ou plusieurs autres à différents degrés de développement.

Brinton, sur les 463 cas d'ulcères qu'il a étudiés, cite 97 cas où il y avait plusieurs ulcères. Ces 97 cas se partageaient ainsi :

57 cas comprenaient 2 ulcères.

16 cas — 3 ulcères.

Dans les 26 cas restants, le nombre des ulcères était de 4, 5 ou 6.

Il était intéressant de rechercher si dans les observations publiées on avait signalé l'existence simultanée de plusieurs perforations.

Sans être fréquent, le fait existe.

Stelzner et Mickulicz ont fait tous deux la laparotomie pour perforation de l'estomac. Tous deux ont suturé une perforation, mais à l'autopsie ils constatèrent dans les deux cas l'existence d'une seconde perforation passée inaperçue. Dans le cas de Walther il n'existait qu'une perforation, mais il y avait un second ulcère qui était sur le point de se rompre.

Dans le cas de Jayle où il n'y eut pas d'intervention à cause de l'état de la malade, il y avait aussi deux perforations.

En résumé, le fait de la coïncidence de perforations était intéressant à signaler et nous verrons plus tard l'importance qu'il faut y attacher.

Forme et aspect de la perforation. — L'aspect de la perforation varie suivant qu'on l'observe par la face péritonéale ou par la face muqueuse, l'estomac étant ouvert et étalé. C'est sous ces deux aspects successifs que nous allons l'étudier.

Vue par la face péritonéale, la perforation se présente le plus ordinairement sous la forme d'un orifice à peu près régulièrement arrondi, qui semble, selon l'expression classique, taillé à l'emporte-pièce. Cette forme n'est pas d'ailleurs unique; on a décrit des perforations de forme allongée elliptique.

Rien n'est variable comme les dimensions de ces perforations. Les unes sont petites comme des têtes d'épingles et cachées par des fausses membranes; d'autres ont des dimensions égalant celles d'une pièce d'argent de 0 fr. 50, 1 fr. ou 2 fr. Il est rare qu'elles atteignent cette dernière dimension, plus rare encore qu'elles la dépassent; cependant le fait a été observé. Le plus ordinairement l'orifice de la perforation est grand comme une pièce de 0 fr. 50. C'est ce que nous avons vu deux fois sur deux estomacs que nous avons présentés à la Société anatomique.

La région voisine de la perforation présente une vasculari-

sation plus prononcée qu'à l'état ordinaire. Examinée par la face muqueuse, on voit que la perforation occupe exactement le fond de l'entonnoir que forme l'ulcère.

« Cet aspect en entonnoir ou en gradins que présente l'ulcère est bien connu. Chacun de ces gradins correspond à une tunique perforée de la muqueuse à la séreuse péritonéale. Cette disposition en gradins ne se rencontre pas toutefois fréquemment sur toute la périphérie de l'ulcération. Souvent il arrive que la section est nette sur la moitié de la circonférence à peu près, mais que la perte de substance est oblique, progressive sur l'autre moitié. Il n'est pas rare non plus que l'ulcération présente l'aspect d'un véritable entonnoir, les arêtes des gradins n'existant plus. » C'est au fond de ce cratère, de cet entonnoir que se trouve l'orifice arrondi qui constitue la perforation.

Un point que nous devons noter de suite c'est la différence parfois très grande qui existe entre les dimensions de l'ulcère et celles de la perforation. Il n'y a aucun rapport à établir entre les dimensions de l'ulcère et la grandeur de la perforation ; on ne peut conclure de l'un à l'autre. Quand nous parlerons du traitement nous rappellerons ce fait anatomique que les lésions sont beaucoup plus étendues du côté de la muqueuse que ne le feraient croire les faibles dimensions de la perforation.

Dans les cas anciens, il n'est pas rare d'observer autour de la perforation une zone d'induration plus ou moins étendue et qui peut faire croire à l'existence d'une tumeur, d'un cancer. Ces cas ne sont pas très rares ; nous en avons montré un à la Société anatomique dans lequel l'examen histologique a fait voir qu'il ne s'agissait là que de lésions inflammatoires.

Ces cas sont à rapprocher de ceux qu'a signalés M. Terrier, dans sa communication à la Société de Chirurgie, à propos des tumeurs de l'estomac, simulant des cancers et guérissant soit

par le traitement médical, soit par la libération d'adhérences après la laparotomie (1).

Dans quelques cas encore plus rares, l'ulcère se complique de cancer. L'on voit alors l'épithélioma se développer sur les bords calleux d'ulcères anciens. Mais c'est là une complication peu commune.

Siège des perforations. — Toutes les statistiques s'accordent à reconnaître que certaines régions de l'estomac sont plus souvent que les autres le siège des ulcères.

C'est surtout à la petite courbure, au pylore, à la face postérieure que siège l'ulcère; viennent ensuite la face antérieure, la grande courbure et le grand cul-de-sac. D'après Brinton, qu'il faut toujours invoquer dans l'étude anatomique de l'ulcère, on observe l'ulcère à la petite courbure dans le quart, au pylore dans le sixième des cas. C'est également ce que dit Cruveilhier.

D'après cela on devrait s'attendre à rencontrer la perforation dans les régions qui sont le plus souvent le siège des ulcères; or, les faits montrent qu'il n'en est pas ainsi.

C'est à la face postérieure que se trouve de préférence l'ulcère, c'est à la face antérieure que l'on observe le plus souvent, presque toujours la perforation. Il y a là une anomalie dont on peut attribuer la cause : 1° à la mobilité plus grande de la face antérieure dans les mouvements alternatifs de distension et de resserrement qui accompagnent la digestion et qui s'opposent à la production d'adhérences protectrices; 2° à ses rapports avec la paroi abdominale qui l'expose plus directement à l'influence

(1) Notre collègue et ami Meunier a observé dans le service de M. Millard un cas diagnostiqué cancer de l'estomac. Au palper on sentait nettement l'existence d'une tumeur dans la région pylorique, l'existence d'une plegmatia alba dolens à la jambe droite semblait être une confirmation de l'exactitude du diagnostic et à l'autopsie on trouva un abcès enkysté consécutif à un ulcère du duodénum.

des traumatismes. Nous citons plus loin des exemples où c'est à la suite d'un choc brusque à l'épigastre qu'un ulcère latent jusque-là se rompt dans le péritoine.

Quelle qu'en soit la cause, la fréquence de la perforation à la face antérieure est très grande puisque sur 100 cas de perforation la perte de substance se rencontre :

A l'extrémité cardiaque.....	40 fois.
A la petite courbure.....	18 —
Au milieu de l'estomac.....	13 —
Au sac pylorique	10 —
A la face antérieure et postérieure.....	28 —
A la face postérieure seule.....	2 —
A la face antérieure seule.....	85 —

En d'autres termes, la face antérieure est 40 fois plus exposée à la perforation que la face postérieure.

Nos recherches dans les bulletins de la Société anatomique nous ont confirmé ces résultats.

Ces chiffres ont leur importance. En supposant en effet que dans un certain nombre de faits (les moins fréquents, il est vrai, étant donné le siège de la perforation) grâce aux rapports des viscères voisins comme le foie, le pancréas, la rate, grâce aussi aux adhérences péritonéales, les dangers immédiats de la perforation puissent être évités; il n'en reste pas moins acquis que dans 85 % des cas l'ulcère s'ouvrira dans la cavité péritonéale.

Et cette face antérieure est rarement protégée par les adhérences, puisque sur 22 cas où Brinton confirmant les observations de Jaksch a trouvé des adhérences, 15 fois ces adhérences unissaient le pancréas à la face postérieure; 5 fois le foie adhérerait au pylore ou à la petite courbure et dans les deux derniers cas une fois c'était la rate et une fois le mésentère qui adhéraient à l'estomac.

C'est-à-dire, et c'est là la conclusion, que de toutes les régions de l'estomac, les mieux protégées sont celles où la perforation s'observe le moins souvent.

Ce n'est pas sortir de notre sujet que de citer en terminant quelques chiffres empruntés à la thèse de Collin sur le siège de l'ulcère du duodénum. Ces deux tableaux se complètent mutuellement. Sur 257 observations, l'ulcère du duodénum siégeait 242 fois dans les 4 premiers centimètres qui suivent le pylore.

Sur ces 262 fois, 68 fois il siégeait à la face antérieure.

- 3 fois paroi antéro-supérieure.
- 39 fois paroi postérieure.
- 6 fois paroi postéro-supérieure.
- 123 fois non indiquées.

Dans les cas de ruptures de l'ulcère duodénal c'est presque toujours à la face antérieure que s'observe la perforation.

CHAPITRE II

Conséquences de la perforation des ulcères simples de l'estomac.

Quand un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum vient à se rompre, les lésions qui en sont la conséquence peuvent évoluer de trois manières différentes :

1° Il n'existe au voisinage de l'ulcère aucune barrière capable de limiter l'infection, le processus ulcératif ne s'est point étendu par avance au péritoine ; il n'y a pas d'adhérences, elles ne sont pas assez complètes, assez fortes, le contenu de l'estomac s'épanche dans la grande cavité péritonéale, il l'infecte en totalité. *Une péritonite généralisée* se déclare et emporte le malade en quelques heures, à moins qu'on n'intervienne à temps. Cette première éventualité, pour ainsi dire foudroyante par la rapidité de son évolution, est aussi la plus fréquente et, à ce titre, c'est elle qui doit être le point principal de notre étude, c'est à la prévenir ou à l'enrayer que doivent tendre tous les efforts du chirurgien, et nous verrons plus loin que cela est possible.

2° Le travail ulcératif a déterminé dans le voisinage de la perforation des adhérences suffisantes pour limiter l'épanchement du contenu stomacal et l'infection qui en est la consé-

quence. Une *péritonite localisée* se produit : il se forme en avant ou en arrière de l'estomac une collection purulente à évolution spéciale, toujours grave, souvent mortelle. Ces abcès intrapéritonéaux, d'origine gastrique, sont aujourd'hui bien connus ; sans vouloir en faire une étude complète, nous devons en résumer les principaux caractères pour permettre au lecteur d'envisager dans son ensemble la perforation des ulcères de l'estomac et leurs conséquences.

3° Une troisième éventualité peut encore se produire : l'ulcère s'ouvre dans un organe voisin, plèvre, péricarde, cœur, gros vaisseaux, foie, rate, pancréas, intestin grêle, côlon. De toutes ces ouvertures anormales, un certain nombre occasionnent une mort trop rapide pour qu'on puisse y porter remède ; quelques-unes aboutissent à la guérison de la perforation, les seules qui nous intéressent sont les communications anormales qui s'établissent entre l'estomac et une portion voisine de l'intestin grêle ou plus souvent du côlon transverse ; il se fait là une véritable *fistule bi-muqueuse* qui peut avoir pour la nutrition générale les plus graves conséquences et pour lesquelles par conséquent la question de l'intervention chirurgicale pourrait se poser. Ces fistules bi-muqueuses sont, en somme, rares, elles ne sauraient nous arrêter longuement.

En résumé :

A. Perforation sans adhérences : *Péritonite suraiguë généralisée.*

B. Perforation après adhérences périgastriques : *Abcès péristomacaux.*

C. Ouverture dans une portion voisine du tube digestif : *Fistule bi-muqueuse.*

Telles sont les trois conséquences les plus intéressantes de la perforation des ulcères simples de l'estomac.

A. — PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES PAR PERFORATION GASTRIQUE.

Les péritonites par perforation des ulcères de l'estomac ne diffèrent pas dans leur nature et leurs lésions de celles qui sont la conséquence de toute perforation de la portion abdominale du tube digestif.

Qu'il s'agisse de la perforation d'un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum, d'une ulcération typhique, de la perforation de l'appendice iléo-cœcal ou de quelque autre lésion ulcéreuse de l'intestin, le processus de l'inflammation péritonéale est toujours le même.

L'infection du péritoine amène son inflammation : la séreuse perd son aspect lisse et poli, les vaisseaux sous-jacents s'injectent, le péritoine devient granuleux, rougeâtre, sa cavité renferme en plus ou moins grande abondance un liquide d'abord séreux, puis louche, puis enfin franchement purulent. Des fausses membranes jaunâtres flottent dans ce liquide, s'étalent à la surface des anses intestinales, dilatées, les agglutinent entre elles. L'infection péritonéale empoisonne tout l'organisme et emporte très rapidement le malade.

On trouvera disséminés dans l'excellent mémoire de M. S. Duplay, sur les péritonites par perforation, des renseignements intéressants sur les péritonites par perforation d'origine gastrique.

Il serait curieux de connaître les principaux types microbiens rencontrés dans ces inflammations péritonéales ; cette recherche n'a pas encore été suffisamment faite pour pouvoir être résumée dans une étude du genre de celle-ci :

B. — ABCÈS PÉRISTOMACAUX.

La plupart des abcès intra-péritonéaux de l'étage supérieur de l'abdomen reconnaissent pour origine la perforation d'un ulcère d'estomac :

1° *Siège.*

Leur siège varie avec leur *point de départ*, et leurs limites dépendent des organes voisins, des replis péritonéaux du voisinage. Avant l'ouverture de l'ulcère, les phénomènes de péritonite plastique, « de périgastrite », établissent des adhérences des néo-membranes qui englobent le foie, le diaphragme, l'estomac, la rate, le côlon transverse, la paroi abdominale.

D'une façon générale on peut dire que l'abcès se forme au milieu de ces adhérences entre le diaphragme en haut, le foie, l'estomac, le côlon transverse et la paroi abdominale en bas, le ligament suspenseur à droite, la rate et la portion verticale du diaphragme à gauche : en arrière la collection est limitée par la paroi abdominale postérieure jusqu'où l'abcès se prolonge le plus souvent, répondant ainsi à une partie déclive qui rend le traitement plus difficile. Les perforations voisines du pylore produisent des abcès qui occupent plutôt l'hypochondre droit, celles qui avoisinent le cardia donnent au contraire naissance à des collections de l'hypochondre gauche ; pour préciser davantage on a divisé les abcès péri-stomacaux en *quatre variétés anatomiques*.

a) *abcès gastro-splénique* ; entre la rate et la grosse tubérosité de l'estomac.

b) *Abcès gastro sous-hépatique*, répondent en haut au lobe

gauche du foie, en arrière au ligament gastro-hépatique, en bas à la petite courbure de l'estomac et au pylore, en avant aux adhérences qui unissent le bord du foie à l'estomac.

c) *Abcès antégastrique* entre la face antérieure de l'estomac et la paroi abdominale.

d) *Abcès sus-hépatico-phrénique*. (Abcès gazeux sous-phrénique de Debove, pyo-pneumo-thorax sub-phrénique de Leyden). Ceux-ci sont situés entre la face supérieure du foie qui est abaissée, et la concavité du diaphragme qui est refoulé parfois jusqu'à la troisième côte. C'est là la variété la plus connue ; elle est limitée à droite par le ligament suspenseur du foie, en arrière par le ligament coronaire.

Dans ces derniers temps on a décrit *deux sortes d'abcès sus-hépatico-phréniques*, l'une intra, l'autre extra-péritonéale, la première est la seule qui nous intéresse, elle succède à un ulcère de l'estomac ou du duodénum, tandis que la seconde qui est moins grave est consécutive à une lésion de l'appendice cœcal ou du rein.

2° Constitution d'un abcès.

Les parois sont constituées par les organes que nous avons énumérés : foie, ligament du foie, estomac, etc., unis entre eux par des adhérences.

Elles sont tapissées par des néo-membranes épaisses, grisâtres, friables qui masquent plus ou moins l'origine de communication entre l'estomac et la cavité purulente.

Le contenu est un pus d'odeur fétide et gangréneuse, mêlé de gaz venus de l'estomac ou résultant de la putréfaction, et de débris alimentaires. Il a été peu étudié au point de vue bactériologique. Dans leur cas Debove et Rémond ont isolé et cultivé des streptocoques et le bacille pyocyanique.

3° *Etat des organes voisins.*

Les organes voisins subissent des déplacements variables. Le foie est légèrement repoussé en bas dans les abcès sous-hépatico-phréniques, ou bien il bascule en avant, l'estomac et le côlon sont refoulés en bas et en avant.

Le diaphragme paralysé remonte jusqu'à la troisième ou même la deuxième côte, refoulant derrière lui les poumons et le cœur.

Ces divers organes sont en outre plus ou moins altérés. Le péritoine enflammé, réunit par des adhérences et englobe dans des néo-membranes le foie, la rate, l'estomac, le diaphragme, le côlon transverse. La rate, le foie peuvent être le siège d'abcès.

Le diaphragme peut être perforé ou détruit en partie,

La plèvre est toujours plus ou moins altérée. Elle est tantôt le siège de pleurésie sèche, tantôt séro-fibrineuse, limitée à sa portion diaphragmatique ou à toute sa cavité, enfin on peut trouver de la pleurésie purulente ou gangréneuse.

Netter a montré que dans l'étiologie des pleurésies purulentes à streptocoques d'origine abdominale, l'abcès sous-diaphragmatique vient comme fréquence immédiatement après la péritonite puerpérale et avant les suppurations du foie et de la rate.

L'infection pleurale est tantôt consécutive à une perforation du diaphragme, tantôt elle se fait par les lymphatiques.

L'état du poumon dépend surtout de communication du foyer avec les bronches, soit qu'il y ait eu des adhérences péritonéo-pleurales, ayant permis l'ouverture directe de l'abcès dans les voies aériennes, soit que la vomique ait été consécutive à la pleurésie purulente. On comprend aisément les lésions de bron-

cho-pneumonie infectieuse ou gangréneuse consécutive au passage dans les bronches du contenu septique de ces abcès.

Les communications de l'abcès péristomacal avec le péricarde sont moins fréquentes que celles qui l'unissent à la plèvre, il se produit alors un pyo-pneumo-péricarde consécutif à la perforation du centre phrénique.

C. — FISTULE BI-MUQUEUSE.

Nous possédons peu de renseignements sur les communications anormales établies entre l'estomac et une portion voisine du tube digestif.

Dans son *Traité d'anatomie pathologique*, Cruveilhier a bien montré comment les lésions peuvent se produire et quelles en sont les conséquences.

Le plus ordinairement, quand un ulcère de l'estomac se perforé et vient s'ouvrir dans le tube digestif il s'ouvre dans le côlon transverse. La proximité de ce segment du gros intestin, les rapports immédiats et directs qu'il affecte avec l'estomac expliquent parfaitement cette fréquence.

Les communications de l'estomac avec une anse intestinale, duodénale, ou jéjunale le plus souvent, sont beaucoup plus rares. Elles sont aussi moins souvent signalées parce qu'elles sont moins graves.

SYMPTOMATOLOGIE. MARCHE. DURÉE. TERMINAISON

Ce serait une erreur de croire que la perforation des ulcères simples de l'estomac n'a pas d'appareil symptomatique qui permette de la reconnaître au moins dans la grande majorité des faits. Nous renvoyons celui qui en douterait à la lecture des traités classiques et particulièrement des livres récents de Debave et Bouveret; pour nous, notre conviction est faite, le dépouillement attentif des observations que nous avons recueillies ne laisse aucun doute sur ce point.

Début. — La perforation survient dans deux circonstances bien différentes; ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, chez un sujet présentant depuis un certain nombre de mois la symptomatologie habituelle de l'ulcère simple de l'estomac dont la douleur, les vomissements et l'hématémèse constituent les trois principaux caractères; ou bien, au contraire, elle se produit brusquement sans avoir été annoncée par aucun trouble appréciable des fonctions stomacales.

Le premier mode de début était très net chez les malades des observations...

Pour être moins fréquente la forme perforante des ulcères latents n'en est pas moins intéressante; Cruveilhier en rapporte un exemple absolument typique, la thèse de Brayer en renferme d'autres aussi nets.

Tantôt, en pareil cas, la perforation se produit absolument

sans aucune cause provocatrice appréciable, tantôt, au contraire, elle succède à un effort, à un traumatisme léger, insuffisant à coup sûr pour produire la perforation.

La malade de Kriege, surprise par la perforation pendant son sommeil, la seconde opérée de Mikuliez chez laquelle la perforation se produit au moment où elle était occupée à traire une de ses vaches, sont des exemples de perforations sans cause appréciable.

Un coup de poing à l'épigastre, l'effort nécessaire pour soulever un rail posé simplement à terre ne sont point des traumatismes suffisants pour rompre l'estomac, il faut pour cela qu'il soit ulcéré en un point, comme cela s'observait chez le malade de M. Michaux.

Il y aurait peut être un intéressant chapitre à faire sur ce point particulier et sur les relations des traumatismes légers avec l'ulcère et la perforation ; M. Potain a signalé depuis longtemps dans ses cliniques les rapports très curieux qui existent entre les traumatismes et les ulcères ; dans une clinique du 9 décembre 1878 que nous devons à la complaisance de M. le docteur Vinache, il a longuement insisté sur ce point particulier, et à l'appui de sa thèse il citait déjà cinq observations personnelles.

Le sujet mériterait d'être étudié de plus près et vérifié par un plus grand nombre de faits.

SYMPTOMES DE LA PERFORATION PROPREMENT DITE

Que la rupture de l'estomac ait été précédée des symptômes de l'ulcère, qu'elle survienne sans cause appréciable ou qu'elle soit produite par un traumatisme léger, par un effort de vomissement, par une quinte de toux, ou bien enfin qu'elle soit le

premier signe d'un ulcère jusque-là latent et méconnu, la perforation s'accompagne toujours d'un appareil symptomatique bruyant qui ne saurait passer inaperçu.

Dans les cas même où les symptômes de l'ulcère sont si peu marqués qu'ils n'ont pu attirer l'attention, il en va tout autrement de la perforation qui éclate tout d'un coup avec une acuité que le calme antérieur rend pour ainsi dire plus saisissable (Michaux).

La perforation de l'estomac comme les déchirures du tube digestif consécutives aux contusions de l'abdomen, offre à l'observateur deux phases bien différentes.

Une phase courte répondant à la rupture même et dont la douleur est le principal phénomène, une phase un peu plus longue qui marque le début de la réaction péritonéale.

La *douleur* de la perforation est une douleur *subite, atroce*, une sensation de déchirure intérieure, de brûlure profonde, se ravivant à l'ingestion de la plus petite quantité de liquide. — Dans une de nos observations même la malade sentait le liquide glisser sur la face antérieure du paquet intestinal jusque dans le petit bassin. — Cette douleur a son *siège* habituel à la *région épigastrique*, mais dans certains cas elle est étendue à tout l'abdomen, ou mal localisée ; elle s'accompagne parfois d'épreintes rectales et vésicales ; Bouveret l'a vue manquer presque complètement chez des vieillards ; par contre elle était très nette, très marquée, dans presque toutes nos observations : la brusquerie de son apparition, son intensité, son siège spécial ont pour nous une telle importance que nous n'hésiterions pas à poser le diagnostic sur ce signe presque seul bien observé et soigneusement analysé dans ses détails.

On a noté en second lieu, surtout dans les premières heures, un état de tension particulière, de rétraction des muscles abdominaux, surtout de la partie supérieure des muscles grands

droits de l'abdomen, du côté gauche tout particulièrement. Ce signe était très marqué chez le malade opéré par M. Michaux.

Quelques auteurs ont signalé comme un accident immédiat l'épanchement de gaz dans la cavité péritonéale, d'où la *disparition de la matité hépatique*. Bouveret et Michaux estiment qu'on a peut-être attribué trop de valeur à ce signe ; ils pensent non sans raison que le ballonnement, le gonflement de l'épigastre ne sont guère des signes immédiats mais plutôt des signes éloignés et que la production de gaz dans la cavité péritonéale est plus souvent le fait d'inflammations septiques que d'épanchement gazeux provenant de la digestion stomacale, bien que ceux-ci ne puissent être niés dans un certain nombre de faits.

Les phénomènes généraux de cette première phase sont encore mal connus : y a-t-il de l'hypothermie, du collapsus, une dépression de la circulation sanguine, cela est possible, mal démontré. Des sueurs froides, de l'anxiété s'observent plus souvent. Les nausées, les vomissements sont très rares et c'est là un caractère important qui a été signalé par nombre d'observateurs.

Quoi qu'il en soit, cette première phase dure peu et c'est précisément cette brièveté qui diminue sa valeur et en atténue l'impression. Au bout de quatre ou cinq heures, le pouls se relève ; la température monte à 37°6, 37°8, bientôt elle atteint 38°, 38°2. M. Michaux insiste tout particulièrement sur l'importance de cette température, sur la nécessité de la noter avec soin d'heure en heure et sur les indications précieuses qu'on en peut tirer pour l'intervention chirurgicale.

Quand il y a un ou deux vomissements, c'est à cette période qu'on les observe ; bientôt l'état général fléchit en même temps que la température s'élève, les traits se tirent, le ventre commence à se ballonner.

Cette deuxième période de réaction péritonéale est variable dans sa durée, depuis cinq ou six heures, jusqu'à 15 ou 20 ; elle constitue l'extrême limite qu'on ne doit pas dépasser dans l'intervention chirurgicale si on veut avoir des chances sérieuses de sauver son malade.

ÉTUDE CLINIQUE. SIGNES ET MARCHE DES CONSÉQUENCES
DE LA PERFORATION.

A. — *Péritonite suraiguë généralisée.* — La douleur se généralise ; le hoquet apparaît et exagère les souffrances du patient ; le ventre se ballonne. Les traits se tirent de plus en plus, les extrémités se refroidissent ; le pouls devient fréquent, petit et misérable ; tantôt la température s'élève aux environs de 39° ; tantôt, au contraire, elle s'abaisse au dessous de la normale et finit au dessous de 36°. La douleur peut s'atténuer beaucoup ou même disparaître quelques heures avant la mort ; chez les personnes âgées, la réaction péritonéale est à peine marquée : les vomissements, la douleur font souvent défaut.

B. — Cette poussée péritonéale s'arrête parfois dans son évolution ; la péritonite se localise et on assiste au développement d'un abcès périgastrique.

Les signes objectifs sont peu nombreux ; on a signalé des frottements péritonéaux ; la région hypogastrique, l'hypochondre gauche sont le siège d'un vague empâtement profond.

Les troubles fonctionnels sont en rapport avec les organes englobés dans les néo-membranes. Les adhérences du foie provoque de la douleur de l'hypochondre et de l'épaule droite. Celles du diaphragme seraient cause de dyspnée pendant l'effort et de douleur pendant l'inspiration. On a donné comme

signe d'adhérence de l'estomac à la paroi abdominale postérieure une douleur lombaire profonde, parfois plus pénible dans le décubitus dorsal que dans la station debout ou assise (Bouveret).

Le début de l'abcès est variable. Tantôt il fait suite aux signes ordinaires de l'ulcère, douleurs épigastriques, crises gastralgiques après les repas, vomissements, hématemèses, mélœna. Tantôt ces signes ont disparu depuis des mois, tantôt enfin on assiste à un début bruyant caractérisé par les symptômes d'une péritonite généralisée, mais qui au bout de quelques jours se localise au-dessus de l'ombilic. Toute cette région abdominale est douloureuse à la pression. La toux, le vomissement, l'inspiration profonde y réveillent de vives douleurs. Parfois les douleurs locales ont des irradiations jusque dans le cou et les épaules. Ainsi s'établit un contraste remarquable entre les régions sus et sous-ombilicales de l'abdomen, signe important pour le diagnostic. (Bouveret).

Les symptômes généraux sont à noter, le malade se plaint de douleurs dans le côté droit ou gauche, la fièvre monte parfois très haut et la température peut présenter les grandes oscillations de la pyohémie; l'appétit est nul, l'amaigrissement rapide, l'état cachectique du malade qui progresse chaque jour, joint à la toux habituelle, fait penser qu'il s'agit d'un phtisique.

Les symptômes fonctionnels ont été bien indiqués par Sénator, à propos de la péritonite sous-diaphragmatique, une certaine raideur du tronc quand le patient veut se lever ou s'asseoir dans son lit; le hoquet, dû sans doute à l'irritation des nerfs du diaphragme; le décubitus dorsal habituel, les pleurétiques préférant généralement le décubitus latéral.

Les signes physiques présentent peut-être de légères différences, suivant le siège exact de l'abcès; mais ces différences

sont si peu tranchées qu'on peut leur reconnaître les mêmes manifestations objectives.

Celles-ci seront étudiées successivement au thorax et à l'abdomen.

Du côté de l'abdomen, on constate une différence bien nette entre la partie sus-ombilicale et la partie sous-ombilicale, tandis qu'au-dessous de l'ombilic la paroi est souple, non tendue, et que la pression ne décèle aucune douleur, on voit du côté de la région sus-ombilicale, particulièrement dans la portion épigastrique, une voussure assez nette, large, étalée. Cette saillie empiète plus ou moins sur l'un ou l'autre hypochondre et quelquefois des deux côtés à la fois.

La pression exagère la douleur ; la paroi abdominale est tendue, on constate un œdème sous-cutané qui se propage en arrière vers la région lombaire (Bouveret).

A la percussion on délimite une zone de matité plus ou moins étendue si le contenu est franchement purulent ou bien une zone de tympanisme remontant plus ou moins haut s'il y a en même temps des gaz. Ces résultats fournis par la percussion seront perçus nettement dans les abcès antégastriques, ils seront moins nets quand la collection purulente s'étendant sous le diaphragme sera moins accessible à l'exploration. Ces signes révélés par l'examen de l'abdomen prédomineront vers l'hypochondre droit si la perforation siège dans la région du pylore ; dans l'hypochondre gauche au contraire, si l'affection intéresse le cardia ou les parties voisines.

Du côté du thorax on voit que sa base est élargie, en faisant parler le malade, tandis que la main appliquée à plat sur la paroi thoracique recherche les vibrations, on constate que celles-ci sont abolies dans toute la projection du foyer abdominal qui empiète sur la cavité de la cage thoracique.

Le cœur est déplacé, il est refoulé soit de bas en haut, soit en haut et à gauche.

Les signes résultant de la percussion et de l'auscultation étant tout à fait différents suivant que le contenu de l'abcès est un mélange de gaz et de liquide ou simplement du liquide, ce qui est d'ailleurs rare. Nous allons examiner successivement chacun de ces deux cas.

Quand il n'y a *que du liquide*, la percussion dénote à la base du thorax une matité limitée en haut par une ligne convexe supérieurement qui s'abaisse pendant l'inspiration et subit des déplacements suivant ceux que l'on fait subir au malade ; s'il s'agit d'un abcès sous-diaphragmatique gauche, on constate la disparition de l'espace de Traube.

L'auscultation donne des résultats variables suivant que l'abcès appartient ou non à la variété sous-phrénique, et dans ce dernier cas, suivant que la plèvre a réagi d'une façon ou d'une autre.

Dans toute la zone mate, le bruit respiratoire est affaibli ou nul. Il n'y a pas de souffle. En cas de pleurésie sèche on perçoit des bruits de frottement pleural. A la partie supérieure la respiration est normale, on a signalé quelquefois un léger souffle qu'on a attribué à la compression du poumon. Un souffle manifeste et l'égophonie peuvent annoncer l'existence d'un épanchement pleural concomitant.

Quand il y a un mélange de gaz et de liquide on trouve des phénomènes analogues à ceux d'un pneumo-thorax. Donc il y a de la dilatation thoracique, de l'abolition des vibrations, une zone de sonorité tympanique qui s'étend sur les derniers espaces intercostaux, remonte parfois très haut dans le thorax et d'autre part descend plus ou moins bas du côté de l'abdomen et peut masquer la matité hépatique si le foyer siège à droite. Le bruit d'airain est signalé, de même que le tinte-

ment métallique, il en est de même de la respiration amphorique et de la sucussion hippocratique. A gauche les bruits du cœur sont exagérés et prennent un timbre métallique.

Tous ces signes peuvent manquer; en tout cas ils sont d'autant moins nets que la collection est plus abdominale. Ils peuvent d'ailleurs être masqués par une pleurésie. Ils sont surtout très faciles à reconnaître si le foyer gazeux refoule très haut le diaphragme dans la cavité du thorax.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON DES ABCÈS

A un moment quelconque de l'évolution d'un ulcère stomacal, où après la disparition apparente de ce dernier, apparaissent les signes d'une collection purulente péristomacale avec ses phénomènes généraux et locaux; la durée de l'abcès peut être très courte, elle peut dans d'autres cas se prolonger pendant plusieurs mois.

Il se termine de la façon suivante: ou bien il est ouvert par le chirurgien et la guérison se fait le plus habituellement.

Ou bien il s'ouvre *dans le péritoine*, ce cas est rare, quand elle survient c'est généralement peu de temps après la perforation stomacale. *L'ouverture à la peau* survient parfois, mais pas fréquemment. C'est dans les abcès antégastriques qu'on la constate. *L'ouverture dans l'intestin* grêle, le côlon transverse se voit de temps à autre, elle s'annonce par une débâcle de pus à laquelle fait suite une diarrhée fétide et plus tard des selles lientériques par persistance d'une fistule gastro-intestinale. La rupture *dans la cavité thoracique* est la règle presque absolue pour la variété sus-hépatico-phrénique qui est d'ailleurs de beaucoup la plus connue. Le malade éprouve tout à coup, dans la région dorso-lombaire une violente douleur qui répond

à la perforation du diaphragme. Tantôt l'ouverture se fait dans le péricarde, il se développe une péricardite purulente ou un pyo-pneumo-péricarde rapidement mortels ; mais le plus habituellement c'est avec l'appareil respiratoire que la communication se produit, et alors deux alternatives sont possibles. Ou bien le poumon n'est uni à la plèvre que par peu d'adhérences et alors il se produit une pleurésie purulente ou un pyo-pneumothorax avec tous ses symptômes : violente douleur subite, dyspnée intense, angoisse, température élevée, suffocation qui nécessitent une ponction d'urgence, celle-ci ramène alors un liquide à odeur stercorale et le malade succombe. Si des adhérences préalables ont uni le poumon à la collection et au diaphragme, il se produit une vomique ; le malade crache une grande quantité de pus fétide et le passage de ces éléments septiques dans les voies aériennes donne souvent naissance à de la gangrène pulmonaire ou une broncho-pneumonie infectieuse.

C. — Les symptômes des communications anormales que la perforation peut établir entre l'estomac et les parties voisines du tube digestif sont fort variables, suivant le segment de l'intestin qui est en communication avec l'estomac.

Les matières stomacales sont-elles déversées dans une partie de l'intestin grêle, voisine de l'estomac, les troubles sont peu marqués. Au contraire, y a-t-il fistule bi-muqueuse entre l'estomac et le côlon transverse, la nutrition se trouve absolument entravée, la digestion intestinale étant supprimée, la nutrition se fait mal, le malade maigrit avec une rapidité étonnante, le contenu de l'estomac passe directement dans la portion excrétoire du tube digestif et l'examen des selles révèle le trouble profond apporté dans la circulation digestive.

DIAGNOSTIC

Il est en général facile de reconnaître la perforation de l'estomac; dans quelques cas cependant le diagnostic présente des difficultés insurmontables.

Si l'on connaît le passé pathologique du malade, si l'on sait qu'il est porteur d'un ulcère, qu'il a présenté des hématomèses ou du mélena, en face d'accidents comme ceux que nous avons décrits, il est aisé de diagnostiquer une péritonite et d'attribuer cette péritonite à la perforation de l'estomac.

Mais en clinique les choses ne sont pas toujours aussi simples. Quelquefois le malade ne peut donner de renseignements; il ne sait pas qu'il avait un ulcère. La perforation dans ce cas a été le premier symptôme d'un ulcère latent comme l'hématémèse en est souvent le premier signe.

La soudaineté des accidents, leur gravité, leur marche foudroyante attire seule l'attention, et l'on peut conclure à un empoisonnement. Il ne se passe pas d'années où à la Morgue on ne fasse d'autopsies pour des cas de ce genre. Nous avons retrouvé dans Chaussier une observation où le médecin avait ainsi conclu à tort à un empoisonnement.

L'attention peut encore être attirée en un point autre que l'estomac. Dans le cas de Walther les douleurs siégeaient surtout vers l'hypogastre, et le toucher vaginal avait fait constater l'existence d'une petite grosseur dans le cul-de-sac vaginal gauche, ce qui avait conduit le chirurgien à faire une laparotomie sous-ombilicale.

Les commémoratifs, la marche des accidents permettent dans la plupart des cas d'éliminer l'appendicite. L'examen

du malade montrera dans ce dernier cas une douleur plus localisée dans le flanc droit, l'évolution est moins rapide ; l'âge des malades, l'existence antérieure de poussées aiguës, permettront d'éliminer l'appendicite dans la majorité des cas.

L'hémorrhagie interne a quelques signes communs. La prostration subite, le refroidissement des extrémités ; l'hypothermie, la petitesse et la fréquence du pouls. Mais le facies est différent ; dans l'hémorrhagie la pâleur anémique domine ; dans la perforation l'anxiété, le nez est pincé, les yeux excavés. De plus, dans l'hémorrhagie interne, la douleur abdominale est nulle ou bien atténuée et nullement comparable à l'exquise sensibilité de la perforation.

Pourrait-on confondre avec l'occlusion intestinale, dont le début est brusque ? Le fait est possible. Ces deux maladies ont des symptômes communs. Le professeur Duplay cite dans son mémoire 14 observations où l'erreur a été commise. Cependant, dans la péritonite, la constipation est moins complète, les vomissements moins constants et ne sont pas fécaloïdes. La douleur se généralise plus vite et est plus superficielle ; la température est d'habitude plus élevée.

Dans l'occlusion, le météorisme est peut-être plus prononcé, les anses se dessinent sous la peau, on ne note pas de matité dans les flancs, signe d'un épanchement péritonéal, l'anurie s'observe plutôt dans l'occlusion.

Nous ne parlons pas des affections douloureuses de l'abdomen qui, à un examen très superficiel, pourraient être confondues avec la péritonite. Ces affections sont faciles à reconnaître. Il ne faut pas s'exagérer les difficultés du diagnostic, puisque dans presque tous les cas où l'on est intervenu par la laparotomie, le diagnostic avait été posé.

Dans les péritonites localisées le diagnostic peut être plus délicat.

L'abcès sous-phrénique a été souvent pris pour un pyo-pneumo-thorax, dont il a quelques-uns des symptômes : la matité, le souffle, quelquefois le bruit de gargouillement. Il faut un examen attentif pour le reconnaître.

Dans l'abcès sous-phrénique droit le foie est très abaissé, beaucoup plus qu'il ne devrait l'être étant donnée l'étendue de la matité.

Le cœur, quand l'abcès est à gauche, est faiblement déplacé et ce déplacement se fait directement de bas en haut et non latéralement.

Immédiatement au-dessus du diaphragme, c'est-à-dire au dessus de la collection gazeuse, le murmure vésiculaire, bien que plus faible qu'à l'état normal, peut être entendu, plus bas qu'on ne l'entendrait s'il existait du liquide dans la plèvre.

Leyden a trouvé de plus dans l'exploration manométrique un bon signe de diagnostic.

On fait une ponction, le tube de caoutchouc est mis en rapport avec un tube manométrique, et on observe des oscillations du liquide dans la branche libre du manomètre aux deux temps de la respiration.

Si la colonne s'abaisse au moment de l'aspiration, l'épanchement est intra thoracique et placé au dessus du diaphragme, si le niveau du liquide s'élève il s'agit au contraire d'une collection sous-diaphragmatique, mais pour avoir ces renseignements purs il faut que le liquide ne soit pas épais ou mélangé de parties solides. On conçoit que les signes soient plus obscurs lorsque l'abcès sous-phrénique se complique de pleurésie.

Les ponctions seules dans ce cas peuvent éclairer le diagnostic.

Si une ponction faite très bas retire du pus et si une deuxième ponction faite dans un espace intercostal donne un liquide séreux, il est clair qu'il y a deux collections : une purulente sous-diaphragmatique, l'autre séreuse sus-diaphragmatique. Si les deux ponctions sont purulentes il faut y joindre l'examen manométrique.

Ces procédés un peu spéciaux sont bons à employer, mais il ne faut pas compter sur eux pour tous les cas.

L'abdomen ouvert et la main dans le ventre il y a des cas où on ne peut même pas dire le siège exact de la suppuration.

PRONOSTIC

L'étude que nous venons de faire des lésions et des signes cliniques de la perforation donne par avance une idée suffisamment nette de la gravité du pronostic de cette redoutable complication, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y insister longuement dans un chapitre spécial.

La mort et une mort rapide est la conséquence ordinaire de la perforation de l'ulcère simple de l'estomac ou du duodénum.

La mort survient le plus souvent par péritonite généralisée par perforation. Les malades sont emportés en quelques heures, deux ou trois jours au maximum ; une plus longue durée est tout à fait exceptionnelle.

Lorsque la péritonite se localise, le pronostic n'est guère moins grave, bien que la durée de la survie soit plus grande dans les abcès péristomacaux. Les exemples de guérison spontanée sont très rares. La mortalité totale des abcès sous-diaphragmatiques serait de 82 %, la statistique récente de Nowack la fait descendre à 55 %, mais cette statistique renferme bon nombre d'abcès pérityphlitiques dont le pronostic s'est beaucoup amélioré dans ces derniers temps. Les abcès périgastriques sont d'un diagnostic plus difficile, le traitement donne de moins bons résultats et Nowack a montré que dans les cas anciens on ne sauvait guère que 10 % des malades traités chirurgicalement.

TRAITEMENT

De l'étude que nous venons de faire, il est facile de dégager nettement la situation avec laquelle le praticien va se trouver aux prises.

L'ulcère simple de l'estomac se complique assez souvent de perforation ; cette complication survient parfois brusquement, sans qu'aucun symptôme ait attiré l'attention du malade, sans que le médecin ait été consulté antérieurement.

Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité de cette perforation ; ou bien c'est la mort en quelques heures par péritonite généralisée, ou bien des adhérences se sont produites à temps qui limitent l'infection et on assiste à la formation d'un abcès périgastrique. Alors même que le malade a échappé au danger immédiat de la péritonite généralisée, il court encore les risques d'une grave suppuration profonde dont nous avons résumé l'histoire plus haut.

Ces risques sont grands, puisque la mortalité totale est au moins de 55 % (statistique récente de Nowack) puisque Scheurlen l'a même évaluée à 82 %.

Alors même que les malades ont échappé à toutes ces complications, on a vu survenir des accidents éloignés, des perforations secondaires, des accidents d'occlusion, des sténoses par cicatrisation vicieuse amenant des troubles graves et finissant par emporter les malades six mois, un an et plus après qu'ils ont échappé aux dangers immédiats de la perforation.

La gravité de cette redoutable complication est donc grande, plus grande croyons-nous qu'on ne le dit, à la gravité immédiate, il faut ajouter tous les dangers secondaires, éloignés, et

et pour être moins rapides dans leur évolution, ces dangers ne sont guère moins grands que les premiers.

Le médecin placé en présence de cette situation a le choix entre deux traitements, le traitement médical et le traitement chirurgical.

L'estomac est perforé, il déverse ou il a déversé dans la cavité péritonéale un contenu septique ; l'infection est faite ou en train de se faire, que peut le traitement médical ?

Est-il capable d'arrêter l'épanchement des matières encore renfermées dans l'estomac que le diaphragme comprime fatalement à chaque mouvement respiratoire ?

Peut-il avoir quelque action pour arrêter l'infection, favoriser la formation des adhérences ? Nous ne le croyons pas.

On a beau prescrire le repos le plus absolu, l'abstinence de toute alimentation solide ou même liquide par la bouche, mettre de la glace sur l'abdomen, faire des injections de morphine pour immobiliser l'estomac et l'intestin et calmer la douleur, le résultat de cette thérapeutique c'est la mort en un nombre de jours plus ou moins grand, souvent en quelques heures.

Avouons-le franchement, le traitement médical est absolument impuissant, sans doute on peut ne plus verser d'aliments dans l'estomac, mais on ne peut sans danger songer à enlever ceux qui y sont déjà contenus ; on est presque toujours appelé trop tard, l'incendie est allumé et il est de toute évidence qu'on ne l'éteindra pas en refroidissant simplement les murs qui entourent le foyer.

Le traitement chirurgical, au contraire, nous permet d'établir le diagnostic et du même coup, quand il est pratiqué en temps voulu, de porter remède aux lésions en facilitant l'évacuation des matières septiques, en permettant l'occlusion immédiate de la perforation, en combattant même directement l'infection

péritonéale à l'aide de nettoyages, voire même de lavages antiseptiques.

Le malade est presque sûrement condamné à une mort rapide, vous avez un moyen de le sauver, le traitement chirurgical. La nécessité l'impose ; les lésions sont réparables si on intervient à temps ; le diagnostic de la perforation est possible ; quel praticien osera désormais refuser à son malade la seule planche de salut qui lui reste.

C'est de ces cas-là qu'Ambroise Paré disait : « Il faut venir à l'extrême remède plutôt que de laisser le malade mourir si vilainement. »

Poncet, après une laparotomie entreprise pour une perforation de l'estomac, écrivait : « L'intervention chirurgicale dans les lésions de ce genre doit être considérée comme innocente, et si le malade succombe après une opération pratiquée suivant les règles d'une asepsie complète, il succombe malgré l'opération qui seule eût pu le guérir et non par le fait de l'acte opératoire. »

On peut le dire, tout homme qui guérit après l'intervention est un homme arraché à une mort certaine. Cette seule considération légitimerait, s'il en était besoin, l'opération.

Historique. — Ce n'est pourtant qu'en 1884 que la question fut posée pour la première fois par Mickulicz à la 57^e réunion des médecins allemands, à Magdebourg.

Mickulicz plaidait en faveur de la laparotomie suivie de suture dans le cas de déchirure de la paroi de l'intestin ou de l'estomac, « soit que cette lésion fût occasionnée par un traumatisme direct (plaie par instrument ou par armes à feu), soit que la rupture fût le résultat d'une violence exercée par un corps moussé ou la conséquence d'un processus pathologique :

ulcère rond, ulcérations typhiques, perforation de l'appendice iléo-cœcal.

Il citait à l'appui de sa thèse quatre observations : deux pour perforation de l'appendice, une pour rupture de l'iléon, une pour perforation de l'estomac.

C'est celle-là seule qui nous intéresse.

Le diagnostic avait été fait, la perforation avait été trouvée et suturée, mais cependant la malade avait succombé.

Après lui Steinthal, en 1888, était intervenu deux fois et deux fois les malades étaient morts.

D'autres comme Nissen, Korte, Heussner intervinrent et eurent des échecs, nous verrons plus loin pourquoi. Kriege le premier eut la chance de guérir son malade.

En Angleterre les chirurgiens ont été plus heureux, Morse de Norwick, Mac Claren de Carlisle ont guéri leurs malades ; en Suisse, le docteur Roux de Lausanne a également remporté un beau succès.

Les trois premières opérations pratiquées en France par Poncet, Walther et Le Dentu n'ont pas été heureuses ; les malades ont succombé rapidement. M. Michaux a été plus heureux, il a pu sauver son malade et son observation a été de sa part l'objet d'une importante communication au dernier Congrès français de chirurgie tenu à Lyon en octobre 1894.

La question du traitement chirurgical de la perforation des ulcères de l'estomac n'a guère été traitée jusqu'ici dans les thèses françaises. On trouvera cependant quelques renseignements sur ce sujet dans la thèse de Méhier (Lyon, 1891). Celle de Brayer, (Paris, 1893) et dans la thèse allemande de Pinner qui renferme une observation malheureuse de Lucke. C'est ce qui nous a en partie déterminé au choix de ce sujet.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES.

« L'opération est toujours indiquée, écrit M. Michaux, pourvu que le chirurgien soit appelé en temps voulu et que le malade soit assez résistant pour la supporter. Si les phénomènes de shock et de collapsus étaient trop marqués on chercherait à les combattre par des piqûres d'éther ou de caféine, les injections sous-cutanées ou mieux intra-veineuses de sérum artificiel, et on reculerait l'intervention d'une heure ou deux pour juger de l'effet produit. »

Toutes les fois donc qu'un sujet relativement jeune, présentant ou non les antécédents d'un ulcère gastrique, sera pris brusquement de douleur atroce dans la région épigastrique avec sensation de déchirure intérieure, toutes les fois que l'on apprendra que l'ingestion fortuite de la moindre quantité de liquide augmente la douleur antérieure, lorsque ces sensations subjectives s'accompagnent de rétraction de la paroi musculaire, particulièrement dans la région de l'estomac, de la disparition ou de la diminution de la matité hépatique, lorsque l'observation attentive faite pour ainsi dire heure par heure démontrera un commencement d'élévation de température aux environs de 38°, si le pouls est bon, suffisamment fort et peu fréquent, le chirurgien devra intervenir et pratiquer la laparotomie exploratrice immédiate.

Le seul argument que l'on puisse opposer à une laparotomie précoce, c'est l'incertitude du diagnostic : Etes-vous sûr de ne pas vous tromper ? Ne craignez-vous pas de faire une opération au moins inutile au cas où elle ne serait pas dangereuse ?

Il faut certainement tenir compte de cet argument. Oui, le

diagnostic n'est pas toujours facile et quand on voit les cliniciens les plus expérimentés se tromper et méconnaître des perforations stomacales, il faut s'attendre à en laisser passer un certain nombre.

Mais il ne faut pas non plus tomber dans l'excès contraire et croire le diagnostic impossible. Pour se rassurer, il suffit de parcourir les observations que nous citons plus loin. On verra que dans presque tous les cas où l'on est intervenu le diagnostic de la perforation avait pu être fait avant l'intervention.

Et même, allons plus loin. Qui blâmera aujourd'hui le chirurgien qui, en face de symptômes pouvant faire craindre une perforation, ferait la laparotomie ? L'abdomen ouvert, la sortie de gaz inodore, la vascularisation plus intense des parois de l'estomac lui indiquera alors la conduite à tenir. La laparotomie commencée dans un but d'exploration devient alors curatrice.

Les seules contre-indications que nous voyons à l'opération sont le shock et l'état désespéré du malade.

Quand les accidents se précipitent et que la mort arrive en quelques heures, on ne peut raisonnablement penser à une opération toujours longue et minutieuse et qui exige une installation spéciale et des aides expérimentés.

Ces cas-là sont évidemment au dessus des ressources de l'art. Le chirurgien qui tenterait d'intervenir s'exposerait à un échec presque certain.

Quant au shock, il faut distinguer. Souvent après la rupture de l'estomac, le malade présente un état très inquiétant : le visage est pâle et défait ; les yeux excavés ; les extrémités froides et cyanosées. Cet état dû sans doute à la sidération du système nerveux abdominal ne dure en général que quelques heures. Il faut attendre que le malade soit réchauffé, ait repris ses sens pour intervenir. Mais il ne faut pas trop attendre. Les

opérations qui se sont multipliées depuis quelques années ont montré que le collapsus se dissipait sous l'influence du chloroforme et le lavage du péritoine à l'eau salée chaude. Il y a là un point difficile à saisir en pratique.

Du moment de l'intervention. — « Du moment où l'on intervient, dépend en grande partie le succès de l'intervention. C'est assez dire l'importance capitale qu'il y a pour le malade à appeler de suite le médecin, la nécessité où se trouve celui-ci de poser immédiatement le diagnostic, et d'appeler à son secours le chirurgien. Chaque heure perdue diminue les chances du malade. Tous les succès ont été obtenus dans les interventions hâtives, entre la dixième et la quinzième heure, la vingtième au plus tard. Il en est de la perforation des ulcères gastriques comme des déchirures ou des plaies de l'intestin, la lecture attentive des faits ne laisse aucun doute à cet égard. » (M. Michaux).

Si l'on attend les premiers signes de la péritonite, dit Nélaton, ce n'est plus le commencement de l'inflammation que découvre la laparotomie, mais les lésions les plus avancées.

Sans compter qu'en intervenant tardivement, on laisse l'infection aggraver l'état du malade, et que l'opération est rendue plus difficile. On ne peut pas compter sur le lavage pour nettoyer à fond le péritoine. Ce n'est pas, dit Adler, après avoir fait passer dix et même vingt litres d'eau stérilisée dans le ventre, ce n'est pas après avoir épongé et nettoyé le plus minutieusement et le plus complètement possible le péritoine qu'aucun chirurgien pourra se vanter d'avoir enlevé tous les produits septiques et tous les lambeaux infectés.

PRÉCAUTIONS PRÉOPÉRATOIRES.

Un ulcère de l'estomac se perfore soit spontanément, soit à l'occasion d'un traumatisme léger ; la douleur immédiate, les signes locaux font songer à une rupture intérieure ; en procédant par exclusion, on peut penser qu'il s'agit d'une rupture de l'estomac. Avant de songer à une opération, le premier souci du médecin doit être d'empêcher le malade d'aggraver son état, la diète absolue est de rigueur, on évitera même de donner une cuillerée de liquide pour remonter les forces du malade. Pourrait-on, si l'on était appelé de bonne heure, aller plus loin et évacuer le contenu de l'estomac à l'aide d'une pompe stomacale ? la chose n'a pas été tentée, elle ne le sera pas sans doute de suite, mais si la perforation survenait peu après le repas, ce serait cependant une bonne précaution logique qui pourrait diminuer la quantité de liquide versée dans l'abdomen par une petite perforation.

Cette première phase n'est malheureusement pas souvent soumise à l'observation du médecin, et le premier soin des personnes qui entourent le malade est de faire ingérer quelques gouttes d'alcool, surtout chez les ouvriers, ce qui ne fait d'ailleurs que confirmer le diagnostic par l'exaspération de la douleur ; c'est d'ailleurs le seul avantage de cette médication, tout à fait irrationnelle et dangereuse.

En attendant l'arrivée du chirurgien, le médecin devra remonter le malade s'il est déprimé : piqûres d'éther, de caféine, injections de sérum artificiel, prendre la température, calmer les douleurs si elles sont trop vives et si l'état général le permet à l'aide de piqûres de morphine, mettre au besoin une vessie de glace sur le ventre.

Le chirurgien, prévenu sans retard de ce qui s'est produit, du diagnostic probable, arrive avec ses aides et une instrumentation appropriée.

Cette instrumentation n'a pas besoin d'être compliquée : bistouris, pinces à disséquer, pinces à griffe, ciseaux droits et courbes, écarteurs, pinces à forcipressure petites et grandes, pinces languettes, au besoin deux ou trois clamps droits et courbes. Un bocal de grosses éponges aseptiques, un autre de compresses également bien préparées complètent l'attirail.

La préparation du chirurgien et des aides se fait suivant les règles accoutumées ; le lavage des mains est l'objet de la plus soigneuse attention.

Pendant ce temps le malade est endormi au chloroforme ou à l'éther, suivant la préférence du chirurgien, suivant l'habitude et l'habileté de celui qui administre l'anesthésique. Si le pouls est faible, si l'opération doit être longue, on peut recourir à l'anesthésie par l'éther ou bien continuer avec l'éther la narcose commencée avec le chloroforme. Inversement, si les bronches sont délicates, l'éther de qualité moyenne, il vaudra mieux préférer le chloroforme. Le malade endormi est placé sur la table d'opération, sa préparation commence : lavage, savonnage soigné de la région préalablement rasée, s'il en est besoin. Préparation du champ opératoire, comme pour toute laparotomie.

OPÉRATION.

L'intervention chirurgicale pour perforation des ulcères de l'estomac comporte trois phases distinctes :

- 1° Incision de la paroi abdominale ;
- 2° La recherche de la perforation ;
- 3° Le traitement de la perforation.

1° Incision de la paroi abdominale.

Pour la commodité de l'exploration et du traitement de la perforation, l'incision de choix est *l'incision médiane sus-ombilicale*.

Une incision de 8 à 10 centimètres entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic suffit à la rigueur pour une première exploration rapide ; mais il faut en général une incision plus longue, et nous conseillons de commencer à la base de l'appendice xiphoïde pour finir au voisinage de l'ombilic, soit 15 à 20 centimètres sur une paroi moyenne ; pour peu que la paroi soit un peu épaisse, on ne craindra pas de dépasser un peu ces limites. L'important est de bien voir, de ne pas être gêné dans ses recherches et de gagner du temps. Une incision longue réunit tous ces avantages.

Si, pour une raison quelconque, cette incision médiane ne donne pas assez de jour, on pourrait, à l'exemple de Kriege, faire une seconde incision transversale à gauche, en sectionnant le muscle grand droit de ce côté pour explorer le grand cul-de-sac de l'estomac.

On aura rarement besoin, croyons-nous, de faire une troisième incision à droite comme l'a fait Kriege. D'une manière générale, il vaut mieux être sobre de ces débridements transversaux en r, en croix, et je préférerais me donner plus de jour en agrandissant par en haut et par en bas l'incision médiane.

Nissen qui s'était contenté d'une petite incision permettant seulement l'introduction de deux doigts, a laissé passer inaperçue la perforation qu'il cherchait et a perdu son malade.

Les incisions parallèles au rebord des fausses côtes suivant la ligne de Ch. Labbé, ou suivant la bisectrice de l'angle formé

par la ligne médiane et le rebord des fausses côtes sont loin de présenter les mêmes avantages que l'incision médiane ; elles sont bonnes pour une gastrostomie ; elles ne conviennent pas à l'exploration et à la recherche des perforations des ulcères de l'estomac. Tous les opérateurs ont eu recours à l'incision médiane, aidée au besoin d'une incision transversale et s'en sont bien trouvés. Mac Claren est le seul qui ait employé l'incision oblique gauche.

2° Recherche de la perforation.

Le péritoine largement incisé, trois cas se présentent au chirurgien ou bien : 1° la perforation se présente immédiatement aux regards de l'opérateur et on voit les matières s'échapper par la déchirure de l'estomac, ou bien 2° on voit nettement des matières alimentaires qui s'écoulent dans la cavité abdominale, mais la perforation n'est pas immédiatement visible ; il faut la rechercher, ou bien enfin 3°, l'opération étant plus tardive, on tombe sur un foyer inflammatoire sous-hépatogastrique plus ou moins bien limité ; il y a des fausses membranes, du liquide plus ou moins louche et des gaz plus ou moins fétides ; la perforation est probable, mais la nature du liquide ne permet pas d'affirmer le diagnostic, la recherche est alors plus difficile, elle doit être plus minutieuse.

Dans le premier cas, l'exploration se fait par la vue, le chirurgien n'a plus qu'à débarrasser le péritoine des matières alimentaires épanchées, à le désinfecter de son mieux en le touchant par exemple avec une solution d'eau phéniquée forte, et enfin ce nettoyage terminé, de grosses éponges ou des compresses de gaze antiseptique ou stérilisée, soigneusement comptées et montées sur des pinces facilement reconnaissables, seront disposées en tous sens, à droite, à gauche et en bas,

pour limiter le foyer et protéger la grande cavité péritonéale contre tout nouvel épanchement.

La question du lavage à l'eau bouillie stérilisée, à l'eau salée ou avec des solutions antiseptiques est encore très discutée. Il ne nous appartient pas de la trancher ; on fait certainement moins de lavage aujourd'hui qu'on n'en faisait il y a quelques années, et bon nombre d'opérateurs se contentent d'un nettoyage soigné avec des éponges aseptiques.

Mais il n'y a pas de règle absolue ; les cas ne sont pas semblables et si l'affection péritonéale est profonde, généralisée, si elle remonte déjà à un certain temps, le lavage sera parfois très utile, sinon absolument nécessaire.

Dans le deuxième cas (épanchement de matières alimentaires, perforation non visible immédiatement), les précautions que nous venons d'indiquer restent les mêmes ; la désinfection péritonéale faite, le foyer opératoire soigneusement limité, ensuite artificiellement avec les grosses éponges ou les compresses, il faut procéder à la recherche de la perforation, et cette recherche doit être faite méthodiquement.

La région pylorique, la grande courbure sont sous les yeux, il faut explorer les parties plus profondes de la face antérieure, savoir la région qui avoisine le cardia, et la région du grand cul-de-sac.

Pour l'exploration de la région du cardia, on se trouvera bien d'imiter la conduite de M. Michaux : l'incision bien agrandie en haut jusque sur la base du sternum, l'opérateur introduit sa main gauche à plat sous le foie, la face palmaire dirigée vers en haut, et d'un bon mouvement elle relève le foie, le refoulant en haut avec le diaphragme et la partie inférieure de la cage thoracique. La main d'un bon aide vient ensuite remplacer celle de l'opérateur ; on ne se figure pas le jour ainsi obtenu, toute la région du cardia se présente sous les yeux,

et M. Michaux a pu ainsi reconnaître et traiter une perforation qui siégeait à deux centimètres à peine au-dessous du cardia, profondément, près de la colonne vertébrale.

Cette manœuvre est extrêmement importante, la main est le meilleur des écarteurs, parce qu'elle est large et qu'elle ne blesse pas le parenchyme délicat du foie.

Si on ne trouve rien dans la région du cardia, la main qui écarte sera dirigée vers le bord du muscle grand droit, et on aura sous les yeux le grand cul-de-sac et la région voisine de la rate.

S'il y a des matières alimentaires dans le péritoine et qu'on ne trouve aucune perforation sur la face antérieure de l'estomac, il ne faut pas hésiter. Le chirurgien accroche l'estomac et l'attire au dehors autant que possible avec le grand épiploon, puis il le renverse sur la partie supérieure de l'intestin, comme on le fait dans la gastro-entérostomie par le procédé de Von Hacker et on explore alors avec une facilité plus grande qu'on ne le dit généralement toute la face postérieure. On ne craindra pas, si cela est nécessaire, de faire avec les doigts une déchirure transversale du feuillet postérieur de l'arrière-cavité des épiploons pour pénétrer dans cette cavité et s'assurer que l'ulcération siège bien sur la face postérieure. Dans ce cas, l'arrière-cavité des épiploons sera soigneusement nettoyée à son tour, d'après les principes indiqués plus haut.

Dans la troisième hypothèse (péritonite, périgastrique, plus ou moins limitée, perforation gastrique incertaine), on procédera de même en insistant sur les nettoyages et désinfections et l'exploration de l'estomac sera d'autant plus minutieuse et soignée que les signes antérieurs, les antécédents, la localisation du foyer au voisinage de l'estomac, l'absence de lésions appréciables du foie, ou de la rate, appellerait plus particulièrement l'attention du côté de la rate.

Quand on a trouvé une perforation, il est important de s'assurer au moins rapidement qu'il n'y en a pas d'autres ; Mickulicz, Helzner ont perdu chacun un malade pour avoir laissé passer inaperçue une seconde perforation siégeant sur la face postérieure.

Au point de vue des règles de cette recherche de la perforation, je me bornerai à insister sur la nécessité de procéder rapidement. C'est sur les deux premiers temps de l'opération qu'il faut gagner du temps pour diminuer le choc et augmenter les chances de succès. Mais vitesse n'est pas précipitation, et il est important de bien voir.

3° Traitement de la Perforation.

La perforation reconnue, il faut la traiter. Nous la supposons unique, deux cas se présentent :

A. La perforation antérieure ou postérieure est facilement accessible.

B. Elle est difficilement accessible.

A. — PERFORATION FACILEMENT ACCESSIBLE.

Quatre procédés sont à la disposition du chirurgien :

- 1° Résection de l'ulcère et suture ;
- 2° Suture sans résection ;
- 3° Gastro-entérostomie avec ou sans résection ;
- 4° Fixation à la paroi et établissement d'une fistule gastrique.

Il est entendu que nous ne nous occupons pas ici du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et que nous n'étudierons ces divers procédés que dans la mesure où ils sont applicables à la perforation des ulcères que nous avons seule en vue.

1° Résection de la perforation de l'ulcère lui-même. Suture.

La résection de l'ulcère suivie de suture est l'intervention idéale. En même temps qu'elle oblitère la perforation, elle guérit radicalement l'ulcère en le supprimant.

Pour la réaliser, il est nécessaire de bien attirer au dehors la portion de l'estomac sur laquelle on va opérer, cette région sera soigneusement séparée à l'aide d'éponges ou de compresses de la cavité péritonéale. Un aide bien instruit la maintient au dehors avec ses deux mains, les bords de l'ulcère sont fermés avec le pouce et l'index ou avec de longs clamps droits ou courbes garnis de tubes de caoutchouc ; les clamps sont assez serrés pour empêcher l'écoulement des matières sans altérer la vitalité des parois. En quelques coups de ciseaux, le chirurgien pratique l'excision de l'ulcère, il enlève les parties altérées et suture ensuite les bords, suivant les préceptes des entérectomies, suture de la muqueuse avec un surjet de catgut, double plan séro-séreux au fil de soie fin, en surjet ou par points séparés, suivant les préférences de l'opérateur.

La résection est passible de deux reproches :

1° Pour être efficace, elle doit souvent être étendue ;

2° Elle exige un temps forcément long, quelles que soient l'habitude et l'habileté de l'opérateur.

Dans les pages qui précèdent, nous avons vu qu'il n'y avait aucune comparaison à établir entre les dimensions de la perforation et celles de l'ulcère. Les examens nécroscopiques montrent que toujours l'ulcère a des dimensions supérieures à celles de la perforation. Pour faire une opération utile, il faudrait toujours dépasser un peu les limites de l'ulcère, ce qui peut entraîner à faire une large résection.

Si la perforation siège au milieu de la face antérieure, on

peut tailler sans crainte, mais le plus souvent la perforation siège dans la région de l'autre, à la petite courbure, et, dans ces régions, on est obligé de se limiter sous peine de produire un rétrécissement.

La seconde objection n'a pas moins de valeur :

Une résection partielle de l'estomac suivie de suture demande toujours pour être menée à bien un certain temps, quand on a l'habitude de ces opérations. Dans ces interventions d'urgence, on opère sur des malades déprimés, affaiblis par le shock; il y a tout intérêt à borner l'intervention au strict nécessaire. Il faut oblitérer la perforation, c'est l'important, c'est l'indispensable, mais il faut aussi aller très vite.

Sans doute, si la perforation siège en un endroit qui rende la résection facile, il vaut mieux la faire; mais pour peu que des difficultés naissent de la résection, il est préférable de s'en abstenir et de se borner à la suture simple.

2° Suture.

La suture directe a l'avantage de demander moins de temps; nous en avons assez dit au chapitre précédent pour ne pas revenir sur les procédés qui lui sont applicables. Il faut seulement savoir que les parois stomacales, au voisinage de la perforation, sont souvent minces, friables, qu'elles se laissent facilement couper par les fils de soie. M. Michaux avait tenté d'oblitérer la perforation de son malade par ce procédé, la friabilité des parois l'a obligé à procéder un peu différemment et de reporter tout à fait en dehors de l'ulcère les points de suture, nous reviendrons sur cette modification en parlant des perforations difficilement accessibles.

Pour les perforations de la face postérieure on doit pouvoir

toujours les suturer directement et complètement. Smith écrit :
« Je me suis assuré sur le cadavre que, au moyen d'une incision dirigée à propos et suffisamment longue, il est toujours possible d'arriver à mettre sous les yeux, par une ouverture faite au grand épiploon, tous les points de la face postérieure de l'estomac et que, à l'aide d'éponges et d'écarteurs, on pouvait venir à bout de faire des sutures partout sur les parois stomacales ; si l'on éprouvait trop de difficultés à suturer la perforation de la face postérieure, je conseillerais, plutôt que de laisser l'opération inachevée, d'inciser sur la face antérieure, d'amener la perforation dans cette incision au moyen de l'index la pressant par derrière, et de suturer du côté de la muqueuse. Puis l'incision stomacale serait refermée de même que dans la gastrotomie pour corps étrangers. » Ce procédé n'a pas encore été appliqué sur le vivant.

3° Je préférerais pour ces perforations postérieures, faire l'excision de l'ulcère et pratiquer la gastro-entérostomie par le procédé de Von Hacker, dont on n'a peut-être pas suffisamment apprécié la valeur. Le siège de l'ulcère décidera en pareil cas de l'opération la plus convenable, étant donné bien entendu que l'état général du sujet permet de faire une intervention de ce genre.

L'emploi du bouton de Murphy en abrégerait incontestablement beaucoup la durée, comme l'a démontré M. Quénu, mais les faits ne sont pas encore assez nombreux pour permettre d'apprécier sûrement la valeur de cette méthode et de plus il ne faut pas oublier que les parois voisines peuvent être altérées et qu'elles se prêteraient peut-être moins bien que dans d'autres circonstances à l'application du bouton métallique et à la constriction qu'il nécessite.

4° En cas d'ulcère de la paroi antérieure, facilement acces-

sible chez un sujet très déprimé où il faudrait limiter l'intervention à son minimum, on pourrait enfin suturer à l'incision abdominale les lèvres de la perforation et établir une fistule gastrique que l'on fermerait ultérieurement quand l'état général serait devenu tout à fait satisfaisant. Je n'ai trouvé que deux exemples de cette intervention. Dans le premier cas (Lee Dickinson) le malade mourut la sixième semaine après ; à l'autopsie, on trouve un abcès de la base du poumon gauche et un empyème diaphragmatique. Dans le deuxième cas (Parsons) la mort survient le sixième jour. Bien que dans ces deux cas l'intervention ait été malheureuse, je tenais à ne pas la laisser passer sous silence, pour montrer combien sont multiples et variées les ressources que la thérapeutique chirurgicale met à la disposition de l'opérateur pour le traitement des perforations facilement accessibles des ulcères simples de l'estomac et du duodénum.

B. — PERFORATION DIFFICILEMENT ACCESSIBLE.

Dans le cas de perforation antérieure ou postérieure difficilement accessible, le chirurgien fait comme il peut. M. Michaux ne pouvant suturer les bords de la perforation en raison de leur friabilité, a fait à la paroi stomacale un pli au fond duquel la perforation s'est trouvée enfouie, un double rang de sutures de Lembert a assuré le rapprochement des deux parois sereuses mises en contact et l'occlusion indirecte de la perforation.

Cette manière de faire nous semble très recommandable. Martinez l'a appliquée de son côté à la cure des plaques de gangrène de l'intestin dans les hernies ombilicales (Rapport de Chaput, mars 1894).

En cas d'impossibilité absolue de toute intervention sur la perforation, après un bon nettoyage, on devrait entourer la perforation de mèches de gaze iodoformée qui protégeraient la cavité séreuse et faciliteraient le travail de la nature pour la formation d'une fistule gastrique.

Fin de l'opération. — La perforation une fois suturée, on touchera la région opératoire avec une éponge imbibée de solution phéniquée forte; en s'assurera une dernière fois qu'il n'existe pas une seconde perforation.

Les compresses et les éponges qui protégeaient la cavité péritonéale seront enlevées, l'estomac rentre dans la cavité péritonéale, des mèches de gaze iodoformées seront disposées autour de l'ulcère; pour plus de sûreté, un gros tube à drainage sera disposé jusque dans le voisinage de la suture, entre les mèches de gaze.

Quelques chirurgiens, Poncet entre autres, ont conseillé de fixer par deux points à la paroi abdominale les extrémités de la suture. La précaution peut être bonne; elle ne dispensera pas, croyons-nous, de drainer d'une façon quelconque la région sous-hépatique et préépiploïque infectée sûrement par les matières alimentaires.

Le reste de l'incision abdominale sera refermé à l'aide d'un double ou d'un triple plan de sutures pour diminuer les chances d'une éventration ultérieure.

Soins post-opératoires. — L'opéré bien pansé sera reporté dans son lit, soigneusement réchauffé. S'il est trop faible, on lui fera une injection de 1.000 à 1.200 grammes de sérum artificiel dans les veines du bras.

Pendant les premiers jours, la diète sera absolue, le malade sera nourri à l'aide de lavements de bouillon, peptone et œufs. Si tout va bien, au bout de quelques jours, si la suture a été particulièrement soignée, au bout de trois ou quatre jours, on

commencera l'alimentation lactée, on procédera graduellement par cuillerées à café, de demi-heure en demi-heure. Si aucun accident ne survient, on passera aux cuillerées à bouche, puis on augmentera graduellement ; surveillance incessante de la température et de la plaie.

S'il ne survient rien, le drain sera retiré du quatrième au sixième jour ; les mèches iodoformées seront enlevées plus tard, suivant la marche. S'il s'écoule du liquide suspect, on facilitera son issue en sectionnant un ou deux points de suture.

Enfin, la plaie guérie, le sujet sera soumis à une grande surveillance pour son alimentation, le régime lacté sera maintenu sévèrement pendant un temps assez long ; au besoin, on renforcera l'alimentation avec quelques jaunes d'œuf.

Au besoin, le lait sera coupé avec un peu d'eau alcaline, Vichy, Vals.....

TRAITEMENT DES ABCÈS PÉRISTOMACAUX.

Comme toute collection de pus, l'abcès périgastrique sera incisé *largement*, immédiatement après avoir été reconnu ; par conséquent, *le plus tôt possible, on lavera sans pression* la cavité à l'eau bouillie, on versera directement à l'aide d'un vase ou à l'aide de la canule d'un bock à injection qu'un assistant tient à la hauteur du malade ; on mettra ensuite un *drain le plus gros possible*, entouré de gaze iodoformée, *et jamais une mèche de gaze seule*, car la propriété de cette dernière est d'empêcher l'écoulement du pus au lieu de le favoriser.

On fera le pansement tous les jours comme après l'opération, le drain sera raccourci peu à peu, on se guidera pour cela sur la rapidité de rétraction de la poche.

S'il s'agit d'un abcès qui fait saillie vers l'épigastre, on fera une incision verticale parallèle au muscle droit.

Si le foyer remonte vers la cavité thoracique, on le traitera comme une pleurésie purulente, c'est-à-dire par la résection d'une ou plusieurs côtes (5 à 6 centimètres); on fera en même temps une *incision lombaire*, comme contre-ouverture destinée au prolongement profond.

Si l'abcès était profondément situé, sur la face convexe du foie, il faudrait pratiquer une résection costale plus grande encore.

Quant à l'ulcère cause de l'abcès, inutile d'y penser, à moins qu'il ne s'offre de lui-même dans la plaie opératoire, il est fort probable que le pronostic de l'opération serait, si on cherchait à le traiter de suite, aussi mauvais que dans les cas où le chirurgien après avoir incisé un abcès péri-cœcal, cherche à réséquer l'appendice, et affaiblit par la prolongation de l'opération un malade déjà émacié, sans compter les cas où il décolle les néo-membranes protectrices. Nous ne possédons aucune donnée d'observation sur le traitement chirurgical des fistules bi-muqueuses. Ce sont là d'ailleurs des complications heureusement rares dans le traitement desquelles le chirurgien saura s'inspirer des données générales que nous possédons aujourd'hui sur le traitement des anus contre nature et des fistules stercorales, sans oublier la grande prudence que commandent ces interventions et les grandes précautions qu'elles nécessitent.

RESULTATS

Le nombre des interventions est encore trop restreint pour que l'on puisse attacher de la valeur à une statistique. Il nous semble plus utile et plus vrai d'étudier les causes des échecs pour pouvoir les éviter que de compter sur des chiffres.

En compulsant les observations publiées, nous avons trouvé 26 interventions dont 23 pour perforation de la paroi antérieure de l'estomac.

Sur ces 26 opérés, 21 sont morts, 5 seulement ont guéri.

Les insuccès sont en général dus à une des trois causes suivantes : 1° La perforation n'a pas été trouvée ou une deuxième perforation est restée inconnue ; 2° le lavage du péritoine a été insuffisant ; 3° l'intervention a été trop tardive.

Czerny, Mickulicz, Stelzner ont laissé passer inaperçue une seconde perforation, aussi la péritonite a-t-elle continué à évoluer. L'insuccès dans ces cas tient à la technique imparfaite des opérateurs, mais non à l'opération elle-même.

Dans le cas de Nissen, l'incision de l'abdomen avait été trop petite. Nissen s'était contenté de mettre deux doigts dans l'abdomen, avait fait un lavage et avait refermé le ventre. Le malade mourut 33 jours après et à l'autopsie on trouva la perforation à la paroi antérieure dans le voisinage de la petite courbure. La péritonite s'était enkystée et ce n'est que plus tard qu'elle se généralisa.

On ne peut non plus mettre sur le compte de la méthode le cas malheureux de Hastings Gilford. Son malade mourut le 31^e jour après l'intervention. A l'autopsie on trouva une suppu-

ration sous-hépatique. On peut dire que le malade était guéri de son intervention et qu'il a succombé à des complications.

Le malade d'Howard qui succomba six semaines après l'intervention, était si faible au moment de l'opération qu'on dut se borner à suturer la perforation à la paroi.

Dans un cas, Mac Claren reconnut avoir fait un lavage insuffisant du péritoine.

En résumé, si l'on voulait distraire de la statistique générale ces faits malheureux où l'insuccès est dû en grande partie à une faute opératoire, on verrait que la mortalité n'est pas plus considérable qu'elle ne l'était au début des interventions abdominales pour les tumeurs utérines.

Fait remarquable, si l'on étudie les résultats année par année, on voit que le premier succès a été obtenu en 1892, alors que la laparotomie avait été déjà pratiquée 11 fois en 1884, 1888, 1889, et 1890.

Pendant 1893, c'est 2 succès que l'on enregistre et en 1894 2 succès.

Nous ne doutons pas qu'à mesure que les interventions deviendront plus fréquentes, l'habileté des chirurgiens augmentera et le nombre des guérisons deviendra plus grand; médiocres aujourd'hui les résultats seront excellents demain.

Les résultats de l'intervention chirurgicale dans les abcès périgastriques, consécutifs à la perforation des ulcères de l'estomac, ne sont pas encore établis sur de grandes statistiques. Dans une très intéressante revue qu'il vient de publier sur les abcès sous-diaphragmatiques, le docteur P. Mauclair, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, rapporte une statistique récente de Maydl : sur 74 cas d'intervention, il y eut 35 morts, 26 cas d'incision simple,

9 cas de résection costale ;

et 39 guérisons, 19 incisions simples ;

20 résections costales.

Mais cette statistique renferme des faits qui n'ont pas trait à notre sujet. Sur 18 cas que j'ai relevés dans des recherches rapides, je trouve 11 morts et 7 guérisons. Des recherches ultérieures sont nécessaires sur ce point particulier.

TABLEAUX

DES

INTERVENTIONS

TABLEAU DES

N ^{os}	Opérateurs	Années	Diagnostic porté avant l'opération	Temps écoulé entre Diagnostic et opération
1	Mickulicz.	1884	Perforation d'un ulcère stomacal.	1 jour.
2	Steinthal.	1888	Accumulation de gaz par suite de perforation.	5 jours.
3	Steinthal.	1888	Perforation du cœcum ou de l'estomac.	2 jours.
4	Kriege.	1888	Ulcère simple perforé (Heussner).	2 jours.
5	Mickulicz.	1889	Péritonite par perforation.	36 heures.
6	Stelzner.	1889	Péritonite par perforation.	18 heures.
7	Korte.	?	?	?
8	Stelzner.	1889	Perforation d'un ulcère simple de l'estomac.	48 heures.

INTERVENTIONS

Manuel opératoire suivi	Terminaisons	Résultats — Autopsie
Suture d'un ulcère de la paroi antérieure. Péritonite généralisée.	Mort 3 heures après.	.
On ne trouve pas la perforation.	Mort 4 heures après.	Perforation de la paroi antérieure cachée par fausses membranes. Péritonite sous phrénique suppurée.
1 ^{re} incision montre intégrité du cœcum. 2 ^e incision découvre perforation pylorique. Sutures.	Mort la nuit suivante.	Péritonite.
Incision médiane et transversale. Perforation voisinage du cardia. Deux plans sutures. Abscès dans le petit bassin.	Mort le 10 ^e jour.	Etranglement d'une anse d'intestin dans une déchirure du grand épiploon. Ulcère du décodéum perforé. Les sutures stomacales n'ont pas tenu.
Perforation de la paroi antérieure. 3 sutures.	Mort 24 heures après.	Second ulcère de la paroi postérieure. Pleurésie purulente.
Perforation de la paroi antérieure. Sutures.	Mort 10 jours après.	La suture a tenu. Abscès sous-diaphragmatique ouvert dans plèvre gauche.
?	Mort	Ulcère perforant face postérieure.
Adhérences de l'estomac à la paroi. Ulcère de la paroi postérieure. Suture.	Mort 4 jours après.	Péritonite aiguë qui est due à un second ulcère perforé qui a été méconnu.

N ^{os}	Opérateurs	Années	Diagnostic porté avant l'opération	Temps écoulé entre Diagnostic et opération
9	Wahl rapporté par Nisser.	1889	Péritonite par perforation.	5 jours approximativement
10	Walther.	1890	Péritonite aiguë due peut- être à salpingite.	3 jours.
11	Poncet.	1891	Perforation d'un ulcère rond.	2 jours.
12	Kriege.	1892	Ulcère perforé.	17 heures.
13	Le Dentu.	1892	Péritonite aiguë et occlusion intestinale.	4 jours.
14	Parsons.	1892	Péritonite par perforation.	8 heures.
15	Parsons.	1892	Péritonite par perforation.	2 jours.
16	Lucke.	1892	Péritonite due à la perforation d'un ulcère.	2 jours.
17	Hastings Gilfort.	1893	Péritonite aiguë par perforation.	2 jours.

Manuel opératoire suivi	Terminaisons	Résultats — Autopsie
Incision insuffisante. Exploration de l'estomac avec deux doigts.	Mort au bout de 33 jours.	Adhérences du foie à l'estomac. Ulcère méconnu.
Laparotomie sous-ombilicale. Rien du côté des annexes.	Mort le soir.	Perforation de la face antérieure. A la face postérieure deux ulcères en voie de perforation.
Perforation de la face antérieure. Sutures.	Mort pendant l'opération.	"
Incision médiane et latérale gauche. Perforation de la paroi antérieure. Suture. Drainage.	Guérison malgré abcès de la paroi et pleurésie purulente.	"
Incision sous-ombilicale, puis sus-ombilicale. Perforation de la face postérieure. Sutures. Drainage.	Mort 16 heures après.	Ulcère unique. Péritonite.
Suture de l'estomac à la paroi et des lèvres de la perforation à la peau.	Mort 6 jours après.	?
?	Mort 3 ^e jour.	"
Perforation de la paroi antérieure. Résection de l'ulcère. Sutures. Deux plans. Drainage. Lavage du péritoine.	Mort 4 ^e jour.	?
Incision à gauche de la ligne blanche. Perforation de la petite courbure. Suture. Drainage. Lavage du péritoine.	Mort 31 ^e jour après.	Abcès entre face et estomac. 2 ^e ulcère cicatrisé sur la grande courbure.

N ^{os}	Opérateurs	Années	Diagnostic porté avant l'opération	Temps écoulé entre Diagnostic et opération
18	Loe Dickinson et Wallington Haward	1893	Perforation d'ulcère rond.	14 heures.
19	Roux.	1893	Péritonite par perforation.	13 heures.
20	Morse.	1894	Péritonite.	5 heures.
21	Mac Claren.	1894	Péritonite.	12 heures.
22	Mac Claren.	1894	Péritonite.	9 heures.
23	Mac Claren.	1894	Péritonite.	5 heures.
24	Morison.	1894	Péritonite par perforation.	2 heures.
25	Michaux.	1894	Diagnostic fait.	9 heures.
26	Gilbert Barling.	1894	Perforation d'ulcère rond.	Quelques heures après.
	Hartmann.	1894	Péritonite par pérfora- tion ou occlusion intes- tinale.	3 ^e jour.

Manuel opératoire suivi	Terminaisons	Résultats — Autopsie
Perforation de la face antérieure. Suture de l'estomac à la paroi, et de l'ulcère à la peau.	Mort 6 semaines après.	Abscès de la base du poumon. Empyème diaphragmatique.
Avivement des bords de la perforation qui siège à la face antérieure. Suture. Lavage du péritoine.	Guérison.	"
Suture de la perforation.	Guérison.	"
"	Mort.	"
Suture de la perforation.	Guérison.	"
"	Mort.	Lavage insuffisant du péritoine.
Perforation de la paroi postérieure. Suture.	Mort le 9 ^e jour.	?
Perforation de la face antérieure. Suture à distance. Drainage.	Guérison.	"
Cirrhose. Pas de lésions. Drainage.	Mort.	Perforation de la face antérieure.
On voit perforation; on ne peut suturer. Isolement. Drainage.	Guérison.	

OBSERVATIONS DE PERFORATION BRUSQUE

I. — MICKULICZ, 1884. *Revue internationale*.

Homme, 26 ans, perforation datant de 24 heures, *péritonite généralisée*, laparotomie, suture d'un ulcère de la paroi antérieure de l'estomac

Mort 3 heures après l'opération.

II. — STEINTHAL. *Revue internationale*, 1888.

Ulcère perforant, péritonite et pleurésie, opération au bout de cinq jours. Mort.

Servante âgée de 20 ans. Dans les derniers temps elle a souvent souffert de l'estomac. Cinq jours avant son entrée, sans aucun prodrome, elle a été prise d'une vive douleur dans le côté gauche de l'abdomen. Ballonnement du ventre, dyspnée; depuis, altération de l'état général; pas de selles, pas de vomissements. A son entrée, elle avait le ventre fortement météorisé, non douloureux à la pression, rendant un son tympanique à la percussion, avec timbre métallique à gauche.

Tympanite. Légère matité lombaire.

Diagnostic : Perforation et péritonite.

En incisant le péritoine, issue de gaz inodores en grande quantité, péritonite légère. A la paroi antérieure de l'estomac, et sur sa

petite courbure, la séreuse est plus fortement injectée et tapissée de fausses membranes fibrineuse récentes.

On ne voit pas d'orifice.

Mort quatre heures après.

Autopsie. — Perforation de la paroi antérieure. Au même niveau, péritonite sous-phrénique suppurée circonscrite qui s'est généralisée.

III. — STEINTHAL. *Arch. für Klinische chirurgie.* 1888, t. XXVII, p. 853.

Ulcère perforant voisin du pylore. Péritonite. Opération au bout de deux jours. Mort neuf heures après l'intervention.

Sommelier, 33 ans. Il y a longtemps avait souffert de l'estomac. Il y a deux jours avait senti à droite de l'ombilic, dans une étendue de la largeur de la main, une douleur vive et subite. Il lui sembla en même temps que quelque chose lui tombait dans la partie inférieure de la cavité abdominale. Etat actuel : Vomissements incessants; arrêt des matières et des gaz, ballonnement du ventre, tympanisme à l'épigastre, hypogastre, disparition de la matité hépatique, matité dans les lombes, dans le flanc droit et la fosse iliaque droite.

Diagnostic : Perforation du cœcum ou de l'estomac ayant déterminé un épanchement de gaz dans le péritoine.

Incision médiane. Issue de gaz d'odeur fétide, pas de lésions cœcales, seconde incision horizontale, perforation sur la portion pylorique de l'estomac, suture en étages. Mort la nuit suivante.

Autopsie. — Péritonite fibrineuse dans une grande étendue, perforation de l'estomac consécutive à un ulcère de vieille date avec péritonite circonscrite à ce niveau.

IV. — KRIEGE (1888, octobre, *Revue internationale*).

*Péritonite. Opération au bout de 2 jours. Mort le dixième jour
par suite d'étranglement dans un orifice du grand épiploon.*

Jeune fille, 21 ans, entrée à l'hôpital en octobre 1888. Un mois avant, violente gastrorrhagie. Depuis, douleurs d'estomac fréquentes.

Le 28 octobre, en raison des douleurs plus fortes, la malade mange peu. A minuit, les douleurs qui s'étaient arrêtées reprennent. Ventre extrêmement sensible. Le lendemain on la transporte dans le service d'Heussner qui porte le diagnostic d'ulcère simple perforé.

Laparotomie. — Longue incision médiane. Météorisme tel qu'il faut ponctionner l'intestin en cinq endroits ainsi que l'estomac, qui est très distendu. Le foie adhérait à l'estomac. Une fois les adhérences rompues on tombe sur une grande quantité de liquide louche, floconneux. En pressant sur le fond de l'estomac on fait sortir par la partie supérieure un liquide teinté en vert par la bile. On fait une *incision transversale* des téguments pour découvrir dans le voisinage du cardia un orifice du diamètre d'une pièce de 50 centimes. On oblitère l'incision au moyen de trois sutures en soie, et on applique par dessus cinq sutures en étage. On déterge la cavité avec compresses de sublimé, et on vide en même temps un abcès logé dans le petit bassin. Sutures et pansement.

Mort le 6 novembre, après avoir eu des gastrorrhagies et après avoir rendu un liquide fécaloïde par la plaie adominale.

Autopsie. — Péritonite fibrino-purulente. Une anse intestinale d'une longueur d'un mètre environ s'était engagée dans une déchirure du grand épiploon, survenue pendant l'opération d'où étranglement. Dans le duodénum au voisinage de la tête du pancréas on découvre un ulcère perforé. La perforation stomacale était béante. Le petit bassin contenait 1/4 de litre de liquide louche.

V. — MICKULICZ, 1889. *Arch für Klinisch chirurgie.*, t. XXXIX,
p. 780.

*Ulcère perforant. Voisinage du pylore. Péritonite. Opération
au bout de 36 heures. Mort le lendemain.*

Jeune fille, 17 ans, sujette depuis six mois à des phénomènes dyspeptiques et des vomissements.

Le 22 juin 1889, en train de traire une vache, prise de douleurs violentes et de perte de connaissance.

Portée d'urgence à l'hôpital.

Diagnostic : Péritonite par perforation.

23 juin, à 5 heures soir, laparotomie. Liquide séro-purulent inodore. Sur la paroi antérieure de l'estomac, entre la petite et grande courbure, près du pylore, orifice de la perforation, arrondi, large comme une pièce de 50 centimes. Trois sutures ferment l'orifice. Lavage de la séreuse à l'eau boricuée chaude après désinfection de surface opératoire au sublimé. Drainage et pansement, durée 1 heure 1/2. Le soir, pouls : 128 ; température : 38°5. Vomissements et douleurs persistent. Collapsus et mort 24 heures après l'intervention.

Autopsie. — Diaphragme refoulé jusqu'au troisième espace intercostal. La plèvre contient 200 centimètres cubes de liquide louche.

Péritonite suppurée. *Second ulcère* sur la paroi postérieure de l'estomac, empiétant sur la substance du pancréas.

VI. — STELZNER (1889).

Ulcère perforant. Opération au bout de 18 heures. Mort au bout de 10 jours par abcès sous-phrénique ouvert dans la plèvre gauche.

Jeune fille présentant les signes d'une péritonite aiguë. Laparotomie après le début des accidents (douleur brusque). Orifice de la perforation sur la paroi antérieure de l'estomac. Suture de cet orifice. Mort 10 jours après. Autopsie. Suture en bon état. Abcès sous-diaphragmatique ouvert dans la plèvre gauche.

VIII. — STELGUER (1889).

Ulcère perforant de la face postérieure. Péritonite. Opération au bout de 48 heures. Mort par oubli d'un second ulcère de la face postérieure, au bout de quatre jours.

Jeune fille ayant présenté les symptômes d'un ulcère rond de l'estomac lorsqu'elle fut prise des symptômes d'une péritonite suraiguë. On diagnostique une perforation de l'estomac consécutive à un ulcère simple et on fait la laparotomie, 48 heures après le début. Des adhérences soudaient l'estomac à la paroi abdominale. On finit par découvrir une perforation sur la paroi postérieure de l'estomac qu'on oblitère par des points de suture.

Quatre jours après la malade a succombé aux suites de la perforation d'un autre ulcère.

Autopsie. — Péritonite diffuse suppurée qui paraissait être la conséquence de la perforation du ulcère deuxième qui avait passé inaperçu au moment de l'opération.

IX. — WAHL, rapporté par NISSEN (1889, sept).

Ulcère perforant de face antérieure (partie supérieure) de l'estomac. Péritonite subaiguë. Ulcère méconnu au moment de l'opération. Mort au bout d'un mois par continuation des accidents péritonéaux.

Homme de 46 ans, bien portant jusqu'en 1887. A cette époque apparaissent des douleurs d'estomac à l'épigastre et qui s'irradiaient dans la poitrine et le dos. A la suite de ces crises le malade a plusieurs reprises eut du méloëna.

A son entrée à l'hôpital, grande constipation, puis à quatre selles diarrhéiques noires comme du goudron. Anorexie. Pas de douleurs, pas de vomissements.

Régime lacté. Opium.

Le 9 septembre, douleurs violentes à l'épigastre, diarrhée, mé-

téorisme, vomissements alimentaires, puis symptôme de péritonite par perforation.

Le 14 septembre, à 6 heures du soir, laparotomie. Issue de liquide jaunâtre limpide; pas de gaz. On ne découvre rien d'anormal à LA PALPATION de la paroi antérieure et de la paroi postérieure de l'estomac. La plaie est recousue. Le lendemain vomissement de matières noires comme du goudron, selles de même couleur, pendant quelques jours.

16 octobre, le malade est repris de violentes douleurs, le ventre se ballonne de plus en plus. Eructations fréquentes. Collapsus, mort le 17 octobre.

Autopsie. — La cavité abdominale contient des gaz et un liquide louche jaunâtre. Le tiers supérieur du lobe gauche du foie est uni à l'estomac par des adhérences fibrineuses. Après avoir rompu ces adhérences on met à jour une perforation d'un centimètre de diamètre.

X. — WALTHER. *Bull. Soc. anat.* 1890 (résumé).

Ulcère perforant de la face antérieure (partie supérieure) de l'estomac. Péritonite suppurée. Opération au bout de trois jours. Ulcère méconnu pendant l'intervention. Mort.

Fille, 17 ans, apportée le 6 octobre 1892 à Saint-Antoine, présentant tous les signes d'une péritonite aiguë suppurée. Les traits sont tirés, les yeux excavés, la face pâle. Le pouls fréquent, petit. La température est de 38°8. Le ventre est ballonné. Langue sèche; quelques vomissements verdâtres.

Jamais de dérangements gastro-intestinaux; jamais de vomissements alimentaires ni d'hématémèses ou de méloëna.

Le 5 octobre, elle a été prise tout à coup au milieu de la journée de douleurs violentes dans l'abdomen, accompagnées de vomissements alimentaires.

Le 7 octobre, aggravation de l'état général, température 37°6. Douleurs abdominales augmentent d'intensité. Le ventre est très développé. Par le toucher vaginal on constate une petite grosseur

dans le cul-de-sac latéral gauche, du volume d'une noix, très douloureuse.

8 octobre. Laparotomie. On trouve dans le péritoine une grande quantité de pus. Le grand épiploon est rouge et épaissi. Les anses intestinales sont agglutinées et recouvertes de fausses membranes. Le maximum des lésions porte sur le petit bassin. Au niveau du cœcum l'inflammation paraît aussi plus prononcée, craignant une perforation de l'appendice iléo-cœcal on le résèque. Rien du côté des annexes.

Grand lavage à l'eau bouillie et salée. Sutures. Dans la soirée mort dans le collapsus.

Autopsie. — On trouve un vaste épanchement de couleur jaunâtre de consistance épaisse, collecté entre le foie et le diaphragme. Sur la face antérieure de l'estomac, au niveau de la partie moyenne, à 3 centimètres de la petite courbure, on trouve une ouverture circulaire de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Sur la face postérieure de l'estomac se voient deux autres ulcérations très larges ; sur l'une l'estomac est presque perforé et à peine l'épaisseur d'une pelure d'oignon.

Péritonite suppurée dans le petit bassin qui est tapissé de fausses membranes.

XI. — PONCET (Thèse de MÉHIER, Lyon, 1891).

Ulcère perforant. Péritonite. Perforation sur la face antérieure de l'estomac. Mort pendant l'opération.

Homme de 36 ans, pris de péritonite aiguë datant de 36 heures, la brusquerie et l'intensité des symptômes intestinaux permettaient d'affirmer que cette péritonite avait eu pour cause une perforation de l'estomac, vu les antécédents du malade et l'absence de vomissements.

L'opération montre qu'il s'agissait de la perforation d'un ulcère développé dans la région pylorique au voisinage de la petite cour-

bure, sur la face antérieure du ventricule. La perte de substance avait les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Poncet essaye de réunir les bases de la plaie stomacale, mais le tissu pathologique constituant les bords de l'ulcère se laissait déchirer par les fils ; le malade a succombé avant la fin de l'opération.

XII. — KRIEGER. (*Berlin. Klin. Wochensch.*, 1892).

Ulçère perforant. Avant péritonite, opération. Guérison.

Homme de 41 ans, présentant depuis vingt ans des phénomènes de gastrite. Dans la nuit du 18 au 19 mai, éveillé par des douleurs intenses dans le ventre, surtout à l'épigastre.

Le lendemain matin, pas de vomissements, pas de ballonnement, pas de tympanite.

Six heures plus tard, nouvel accès douloureux, un peu de tympanisme et de tympanite, ventre rétracté. Diagnostic d'ulcère perforant.

Incision médiane supérieure. L'ouverture du ventre donne lieu à la sortie de gaz inodores, au contenu stomacal ; les anses intestinales sont simplement un peu injectées ; quelques dépôts fibrineux sur la face antérieure de l'estomac, mais pas de perforation. Déchirure opératoire du ligament gastro-hépatique, pas de perforation postérieure. Incision transversale de la paroi abdominale à gauche. Sur la paroi antérieure de l'estomac, à 3 centimètres du cardia, entre la petite et la grande courbure, on trouve une perforation de la largeur d'un pois. Orifice suturé non sans difficulté. Occlusion de la plaie. Mèche de gaze pour drains. Complications : un abcès de la paroi et une pleurésie purulente. *Guérison.*

XIII. — LE DENTU (1892).

*Ulcère perforant ayant fait croire à une occlusion. Laparotomie.
Mort.*

Charles, gardien de la paix, 42 ans, quelques antécédents dyspeptiques (gastralgie, vomissements). Début bruyant puis douleurs à l'épigastre et l'aîne gauche, vomissements bilieux, arrêt des matières et des gaz. Collapsus, sensibilité dans la région lombaire gauche et le cul-de-sac de Douglas.

Laparotomie médiane inférieure, liquide stomacal analogue aux matières vomies, exsudats pseudo-membraneux sur les anses intestinales. Exploration du bassin reste sans résultat, agrandissement de l'incision par en haut, perforation comme un pois à la face postérieure de la région pylorique de l'estomac. Trois points de sutures, lavage de la séreuse, drainage, mort en douze heures.

Autopsie. — Ulcère unique, large, festonné, ayant donné lieu à cette perforation.

XIV. — PARSONS (*Semaine médicale*, août 1892).

Laparotomie pour perforation datant de 2 jours. Péritonite généralisée. Mort quelques heures après.

Laparotomie, 8 heures après le diagnostic fait de péritonite par perforation.

Suture de l'estomac à la paroi et des lèvres de la perforation à l'excision cutanée.

Mort, 6 jours après. La cause du décès n'est pas indiquée.

XVI

Observation de perforation stomacale par ulcère.

(LUCKE, th. Piemer).

Wagentrutz Marie, 18 ans.

Reçue à la clinique médicale le 18 février 1892.

Commémoratifs. — A eu la rougeole étant enfant. A été réglée à 13 ans. A toujours été mal réglée. Depuis deux ans, la malade était chlorotique, et durant le dernier automne, elle a souffert de maux de tête.

Depuis quinze jours, la malade ressentait, un quart d'heure après le repas, une sensation de pesanteur sur l'estomac. Elle a vomi deux fois, et d'après son témoignage, des masses glaireuses.

Le soir du 10 février 1892, l'état s'aggrava subitement ; après avoir mangé des plats sucrés et bu un peu de vin, elle ressentit des douleurs violentes, des tiraillements dans la région abdominale, et dans cet état, elle se fit transporter à l'hôpital.

État actuel. — 11 février. Jeune fille bien constituée. Les joues sont rouges de fièvre, la langue est blanche, l'haleine fétide.

On constate de la dyspnée (36 à la minute). Respiration uniquement costale.

L'abdomen, surtout dans la région ombilicale, est fortement tuméfié et reste absolument immobile pendant la respiration.

Sonorité tympanique. Pas de matité dans les portions déclives.

La malade se plaint de douleurs spontanées qui sont le plus intenses dans la moitié gauche du ventre, à la hauteur de l'ombilic, elles coïncident en cet endroit avec le maximum de tuméfaction. Il en est de même pour la sensation de pesanteur, mais qui est aussi assez considérable sur tout le reste du ventre.

A la percussion, on sent le foie rejeté en haut, le bord supérieur est au niveau de la quatrième côte.

La matité du cœur s'étend en haut, jusqu'au bord inférieur de la troisième côte, à droite, jusqu'au sternum.

Impossible de percevoir le choc de la pointe.

Les bruits du cœur sont purs, légers à la pointe, un peu plus accentués à la base.

En avant, la respiration est claire, on perçoit nettement le murmure vésiculaire, perceptible nettement aussi sur les côtés.

On n'essaye pas de mettre la malade sur son séant, à cause de la péritonite.

Pas de toux, pas d'expectoration.

Comme la malade ne pouvait pas uriner le matin, on la sonda, l'urine était foncée, ne contenait pas d'albumine.

Au toucher, on trouve un utérus peu mobile, on ne peut pratiquer le palper bimanuel à cause de la tension de la paroi abdominale, on ne fait pas écouler de pus en pressant sur l'urèthre. La malade n'a pas encore été à la garde-robe.

Le 12 février. — Ventre fortement tuméfié, surtout sur la ligne médiane.

Respiration uniquement costale, pure.

Matité du foie très diminuée, il est impossible de la percevoir entre le sternum et la ligne passant par le mamelon, elle commence en dehors de cette ligne, à la cinquième côte, et s'étend jusqu'un peu au dessus du rebord costal.

Sonorité tympanique sur tout l'abdomen.

Pas encore de vomissements.

Pouls très petit (150-160).

La malade est transportée en chirurgie.

Diagnostic : péritonite par perforation due probablement à un ulcère de l'estomac.

Opération : chloroforme.

A 2 centimètres au dessous de l'ombilie, sur la ligne médiane, on fait une incision longue de 7 centimètres. Après avoir coupé la peau et l'aponévrose, le péritoine apparaît fortement tendu. Quand on l'incise il se produit un échappement de gaz très appréciable. On suture le péritoine à la paroi des deux côtés. En explorant la cavité abdominale, il s'échappe une petite quantité de sérosité trouble,

floconneuse. La région de l'appendice ne présente aucune apparence pathologique.

On recouvre l'incision avec des compresses chaudes.

Sur la ligne médiane, à 1 centimètre au dessus de l'ombilic, on fait une nouvelle incision, s'étendant jusqu'à l'appendice xyphoïde; on ouvre le péritoine et on suture à la paroi, il y a de nouveau échappement de gaz. Il s'écoule une grande quantité de liquide trouble, d'aspect légèrement purulent, avec des flocons blanchâtres ayant l'apparence de lait caillé.

En saisissant l'estomac il s'écoule de nouvelles quantités de liquide de la profondeur, entre l'estomac et le foie.

Enfin en écartant le foie, on aperçoit le siège de la perforation, sur la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du cardia, tout contre la petite courbure.

On enlève le liquide avec des éponges et on écarte le foie en haut et en dehors, l'estomac en bas.

On excise circulairement toute la partie voisine de la perforation et on réunit les surfaces par quatre sutures. Alors d'après le procédé de Lambert on réunit la séreuse de l'estomac par six fils, au-dessus de l'ouverture refermée. Lavage avec une solution salicylée chaude. On éponge ce qui reste de liquide et on recouvre la paroi de l'estomac de gaze iodoformée qu'on pourra retirer par l'angle supérieur de la plaie abdominale.

On suture la plaie abdominale supérieure au moyen de fils profonds dans la plaie inférieure, on introduit un drain dans le cul-de-sac de Douglas et on injecte une solution salicylée chaude jusque dans le petit bassin. Il s'écoule une abondante quantité de pus. On fixe le drain par un point au milieu de la plaie inférieure, et on suture par des points profonds.

Durée de l'opération 1 h. 1/4.

12 février.

On administre un lavement alimentaire (50 grammes de vin, 50 grammes de bouillon, 1 jaune d'œuf).

Pouls 150, respiration 35.

Température le soir 38°1, pouls 140, soif ardente.

Lavement alimentaire avec 5 gouttes d'opium. On fait sucer de la glace.

c.

13 février.

Température le matin 38°7, pouls 140, respiration 30.

La nuit a été tranquille, sommeil assez profond. Vers le matin la malade a de petits accès de toux qui éveillent de la douleur dans le ventre. On change le pansement. Il s'est écoulé une assez grande quantité de liquide. On pousse une injection salicylée chaude par les drains à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'elle revienne claire.

Le ventre est moins tendu qu'au moment de l'opération.

Soir et matin lavement alimentaire avec cinq gouttes d'opium.

Etat général assez satisfaisant.

La malade a uriné spontanément, et abondamment.

Le soir : Température 38°2, pouls 140, respiration 30.

14 février. — Le matin : Température 38°4, pouls 140, respiration 30.

Langue humide. La nuit a été tranquille. Selles abondantes de couleur brune.

Le ventre n'est pas sensible à la pression. Etat général satisfaisant.

Même régime que le 13.

15 février. — Le matin, température, 38°4 ; pouls, 120 ; respiration, 25.

La nuit a été un peu agitée, la malade a peu dormi. La langue est humide. On change le pansement. Le ventre s'est affaissé ; nulle part il n'est douloureux à la pression. Très peu de liquide.

Matin et soir, lavement avec cinq gouttes d'opium. De deux heures en deux heures, cinquante grammes de lait bouilli avec un peu de cognac.

Température le soir, 38°5 ; pouls, 150.

Langue humide.

Vers minuit la malade est très agitée, on administre un centigramme de morphine.

16 février. — Le matin, température, 38°4 ; pouls, 150, petit ; respiration, 30.

On change le pansement. Le ventre n'est pas tendu, insensible à la pression. On retire le tamponnement qui exhale une odeur de lait aigre. On enlève le drain.

Même régime que le 15.

A 1 heure de l'après midi, pouls très petit, très fréquent. A 3 h. 1/2.
Mort.

XVII. — HASTINGS GILFORD (*British medical Journal*, 6 mai 1893).

Ulcère perforant. Opération au bout de deux jours. Mort au bout d'un mois par abcès péristomacal secondaire.

Fille de 20 ans, prise le 19 octobre 1892 des accidents suivants : douleur atroce syncopale dans l'abdomen, paroi rétractée, nausées sans vomissements, respiration rapide exclusivement costale.

Dans les antécédents de la malade, on trouve quelques accès de gastralgie et des vomissements.

Deuxième accès douloureux quelques heures après le premier. L'intervention est décidée.

Incision verticale à gauche de la ligne blanche, débris alimentaires dans le ventre, perforation au niveau de la petite courbure permettant l'introduction d'un doigt. Suture de l'estomac, occlusion de la plaie, drainage après lavage du péritoine.

La malade est nourrie par le rectum pendant les jours suivants.

Les aliments liquides, introduits par la bouche dès le cinquième jour, passent par la plaie cutanée. L'opérateur fait une incision du pylore pour gaver la malade. Altération progressive des forces, élévation de la température, broncho-pneumonie à gauche, puis ouverture d'un foyer purulent péri-stomacal à travers la plaie, détente des phénomènes généraux, puis recrudescence de ces accidents septicémiques. Mort le trente et unième jour après l'intervention.

Autopsie. — Pas de péritonite, abcès entre le foie et l'estomac, deux ulcères, un sur la grande courbure, cicatrisé, l'autre qui avait donné lieu à la perforation, siégeait sur la petite courbure.

XVIII. — LIE DICKINSON (*Clinical Society*, 28 avril 1893).

Ulcère perforant. Opération quatorze heures après. Mort au bout de six semaines par abcès du poumon et pleurésie purulente.

Femme de 26 ans, ayant depuis longtemps des accidents dyspeptiques. Début bruyant, douloureux, laparotomie, quatorze heures après, perforation à la face antérieure de l'estomac, fixation de l'estomac à la paroi et de l'ulcère à la peau.

Mort au bout de six semaines d'accidents pleuro-pulmonaires.

Autopsie. — Abcès de la base du poumon gauche et empyème diaphragmatique.

XIX. — *Revue Suisse romande*, p. 721.

Roux présente un malade opéré pour une perforation de la face antérieure de l'estomac.

Au point de vue du pronostic les ulcères de la face postérieure sont moins graves que ceux de la paroi antérieure. En général, la laparotomie faite pour une perforation de l'estomac, est moins grave qu'après une perforation de l'intestin, car le contenu de l'estomac est moins dangereux pour le péritoine.

Homme, 62 ans, souffre depuis vingt ans de l'estomac, jamais d'hématémèses.

Dans la nuit du 15 au 16 août, douleurs violentes; on opère 13 heures après la perforation.

Les anses intestinales sont rouges, à peine couvertes de fibrine dans la région du pylore. Le péritoine contient 1 litre 1/2 de sang mêlé de café noir.

Perforation assez grande pour laisser passer un doigt. Siège à la paroi antérieure.

Les bords sont épaissis, indurés.

On avive, sutures à la soie et on fixe au devant un paquet d'épiploon.

Péritoine lavé avec solution salée chaude.

Guérison rapide.

XX

J.-H. MORSE, de Norwick (*Méd. mod.*, mars 1894), fit la laparotomie à une jeune fille de 20 ans. Suture de la perforation.

Guérison.

XXI

MAC CLAREN, de Carlisle (*Méd. mod.*, 1894).

1^{re} observation. — L'auteur indique seulement qu'il fit la laparotomie 12 heures après le début de la perforation.

Mort.

XXII

2^e observation. — Laparotomie 9 heures après le début des accidents.

Suture de la perforation. Guérison.

XXIII

3^e observation. — Laparotomie 5 heures après l'accident.

Mort.

Cause. — Suppuration pelvienne due à un lavage insuffisant du péritoine.

XXIV. — *Bull. méd.*, septembre 1894, p. 839.

Morison rapporte une observation de jeune fille, 23 ans, chez laquelle était survenue une perforation de l'estomac après ingestion trop copieuse et trop rapide de pain et de lait.

La perforation s'était manifestée *une heure* après le repas par une douleur violente.

On nota très rapidement de la matité dans les flancs.

Collapsus très prononcé.

L'abdomen fut ouvert *deux heures* après le début des accidents, et on trouva une perforation de la paroi postérieure.

Suture de la perforation et nettoyage.

La malade parut se remettre bien, mais le *neuvième jour* elle mourut.

Pas d'autopsie.

XXV. — *Perforation d'un ulcère de l'estomac. Laparotomie précoce. Suture. Guérison.* — M. MICHAUX, chirurgien des hôpitaux de Paris. Obs. communiquée au Congrès français de chirurgie à Lyon, 1894.

Dans la nuit du 27 au 28 septembre 1893, entre 1 heure ou 2 heures du matin, le nommé P..., âgé de 31 ans, terrassier, au service de la Compagnie du chemin de fer de l'Ouest, en soulevant un rail, éprouve une vive douleur dans la région épigastrique, avec sensation de déchirement intérieur.

Une demi-heure après, la douleur ne diminue pas, notre homme va à la cantine prendre un quart de litre de vin. A peine a-t-il ingéré ce liquide qu'il ressent une brûlure extrêmement vive dans la région de l'estomac. Vers 5 heures, il est pris d'un vomissement bilieux assez abondant. Les souffrances ne diminuent pas, le malade est transporté à l'hôpital Beaujon où il est placé dans le service de mon excellent maître, M. le docteur Léon Labbé, salle Marjolin, n° 48.

Le 28 septembre, à la visite, je le trouve dans l'état suivant : la figure peu altérée, le pouls plein, peu fréquent, 80 pulsations, la température à 38°2. Il n'y a pas eu de vomissements depuis la nuit. Le malade se plaint toujours d'une vive douleur épigastrique ; le ventre n'est nullement ballonné ; il est plutôt rétracté, dur, tendu surtout à la partie supérieure des muscles grands droits de l'abdomen. Il n'y a pas eu de selles depuis l'accident.

En présence de ces signes, malgré la conservation remarquable de l'état général et l'absence du collapsus, je soupçonne immédiatement une déchirure de l'estomac ou de la première partie de l'intestin grêle et je propose au malade une intervention chirurgicale, dont je lui fais ressortir la nécessité et les avantages. J'obtiens non sans peine son consentement et l'opération est pratiquée, séance tenante, dans les dix premières heures après l'accident. Les instruments sont stérilisés, les précautions antiseptiques les plus minutieuses sont prises. Anesthésie par le chloroforme.

Incision exploratrice étendue de l'appendice xiphoïde jusqu'au voisinage de l'ombilic. A peine la paroi est-elle incisée que nous

voyons s'écouler du péritoine ouvert du vin peu altéré et quelques débris alimentaires, résidu du repas de la veille au soir. L'incision agrandie avec les ciseaux je constate qu'il s'agit bien, comme je l'avais soupçonné, d'une perforation de l'estomac siégeant très haut et très profondément sur la face antérieure, tout près du cardia.

La perforation est linéaire, mesure 10 à 15 centimètres de long ; les bords en sont violacés, amincis ; elle laisse échapper dans les mouvements de la respiration de nouvelles quantités de liquide qui descendent vers l'ombilic, en avant du grand épiploon, dont l'étalement protège les anses intestinales.

La situation profonde de l'ulcère nous oblige à agrandir encore notre incision par en bas ; le bord antérieur du foie est largement relevé et maintenu par la main d'un de nos aides. Les parties inférieures et latérales de l'abdomen sont protégées avec de grandes éponges ; lavage de la région infectée avec l'eau bouillie.

Le foie toujours fortement relevé, j'essaye de fermer la perforation par quelques points de suture appliqués sur les bords, mais je reconnais bien vite que les tissus sont trop altérés, trop friables ; les minces fils de soie employés coupent de suite les tuniques traversées, malgré toutes les précautions prises. La perforation occupe le centre d'un ulcère de l'estomac qui a détruit une grande partie des tuniques dans une étendue d'une pièce de deux francs. La suture est alors reportée plus loin et je parviens à faire ainsi un premier plan de sutures séro-séreuses, en faisant sur la face antérieure de l'estomac un véritable pli vertical qui adosse largement les parties de la séreuse correspondant à l'ulcère. Un deuxième rang de sutures de Lembert renforce le premier rang qu'il déborde largement en haut et en bas. Vu la profondeur à laquelle je suis obligé d'opérer, tout près de la colonne vertébrale, sous le diaphragme et le foie, ce procédé me paraît le seul possible. Les points sont très rapprochés, ils portent sur des tissus sains, j'espère avoir fait une bonne occlusion de la perforation, aucun liquide ne suinte à travers la suture.

Pour plus de sûreté, l'incision de la paroi abdominale est laissée ouverte à son point le plus déclive ; une large mèche de gaze iodoformée protège de chaque côté les parties voisines.

Pansement iodoformé; application de glace sur le ventre; diète absolue. Le malade est reporté dans son lit bien chauffé, et placé dans une petite chambre d'isolement.

Le 28 au soir, T. 37°. Pas de vomissement, ni de ballonnement du ventre.

Après divers incients le malade guérit complètement.

Revu un après l'opération, il est trouvé en parfait état. Il a repris son métier de terrassier comme auparavant, ne souffre nullement de son estomac. Il présente une légère éventration à la partie supérieure de l'incision.

XXVI. — *Ulcère de l'estomac. Péritonite par perforation. Laparotomie. Guérison.* — H. HARTMANN, Société de chirurgie, 27 mars 1895.

Le 28 décembre 1894, nous sommes appelé à 9 heures du soir par notre ami M. Malherbe pour voir, à l'hôpital Bichat, un malade venant d'entrer dans le service de notre maître le professeur Terrier pour des accidents aigus de péritonite par perforation ou d'occlusion intestinale, comme nous dit M. Malherbe dans sa lettre.

Nous trouvons un malade très déprimé, le ventre ballonné, tendu, d'une sonorité tympanique. Les extrémités sont froides, les yeux sont encavés, le pouls petit, fréquent, 116, les respirations fréquentes, 34 par minute. La température est de 37°4, la langue est sèche; le malade se plaint de coliques, néanmoins il n'a pas eu de vomissements.

Un interrogatoire rapide nous apprend qu'agé de 26 ans, il a toujours joui d'une bonne santé et qu'à part trois vomissements de sang, et quelques troubles digestifs qui l'ont amené à entrer en 1889 pendant quelque temps à l'hôpital Lariboisière, il n'a jamais été obligé d'entrer dans un hôpital.

Depuis une quinzaine de jours il souffrait, surtout après les repas, d'une douleur dans le flanc et l'hypochondre gauche, véritable point de côté qui le gênait dans ses respirations. Il continuait cependant son travail habituel et mangeait de bon appétit, lorsque

le 25 décembre, jour de Noël, il fut pris dans la soirée d'accidents brusques.

Il avait déjeuné normalement à midi, et pris à six heures moins un quart une groseille au vin, quand à six heures, se promenant, il éprouva un malaise brusque, qui n'alla pas jusqu'à la syncope, mais qui néanmoins l'obligea à entrer dans une pharmacie. Après avoir pris une potion calmante, il fut ramené chez lui en voiture.

La douleur abdominale, peu marquée dans les premiers moments, alla en augmentant progressivement, s'irradiant dans l'épaule gauche. En même temps survenaient des coliques violentes et du ballonnement de l'abdomen. Pas de garde-robes, pas de gaz par l'anus depuis ce moment.

Notre diagnostic restant hésitant entre une péritonite par perforation et un étranglement interne, nous faisons une petite incision sous ombilicale. Dès que le péritoine est ouvert, des gaz s'échappent avec sifflement, et le ventre s'affaisse.

L'épiploon présente à sa surface des exsudats fibrino-purulents, l'intestin ne présente pas trace de météorisme.

Aussi nous remémorant les renseignements donnés par le malade, ses hématomésés d'il y a six ans, pensons-nous immédiatement à un ulcère de l'estomac perforé.

Quelques coups de ciseaux nous permettent en un instant de prolonger notre incision vers l'appendice xiphoïde. Les lésions pré-épiploïques vont en augmentant à mesure qu'on s'élève. Des exsudats fibrino-purulents recouvrent la vésicule biliaire et la face inférieure du foie.

Entre celui-ci et l'estomac se trouve un liquide ressemblant à du lait mêlé de pus ; en remuant un peu l'estomac un flot de ce liquide arrive dans la plaie limitée par des compresses stérilisées. Après nettoyage des parties avec des tampons montés, nous constatons que des liquides sortent de l'estomac par un orifice situé au voisinage du cardia, sur sa face antérieure.

Comme cette partie du viscère ne peut être amenée dans la plaie, fixée qu'elle est en arrière, et comme l'état du malade ne nous semble pas permettre de prolonger ces explorations, nous limitons avec un barrage de gaze iodoformée une vaste cavité entre

le foie, la rate, l'estomac et le diaphragme, cavité que nous drainons avec deux énormes drains en canon de fusil.

Toute la partie inférieure de la plaie est fermée par une suture à deux étages, un surjet à la soie réunit la paroi musculo-aponévrotique; la peau est suturée par des points séparés de crin de Florence. Comme pansement, gaze iodoformée, ouaté et bandage de corps.

Trois heures plus tard à minuit, le malade a 39°1, le lendemain matin, il a 38°4, 104 pulsations, 30 respirations.

Le 29 au soir 39°4, 104 pulsations. Le malade soumis à une diète absolue est exclusivement nourri avec des lavements alimentaires.

Le 30, le matin 39°4, 100 pulsations, langue sèche. Le soir 39°2, 122 pulsations. Nous adjoignons aux lavements alimentaires, un peu de cognac.

Le 31, le matin 39°2, le pansement est percé par un écoulement verdâtre abondant. Le soir 39°2.

Le 1^{er} janvier 1895, le malade est mieux, sa langue est humide, un abondant écoulement de suc gastrique nous oblige encore à renouveler le pansement. Nous autorisons du lait en très petite quantité. Le soir, 37°8.

2 janvier. — 37°4 le matin. L'écoulement de suc gastrique toujours abondant, est mêlé de grumeaux de lait. La paroi abdominale est irritée, exulcérée par l'action du suc gastrique. Nous supprimons un des deux drains, 3/4 de litre de lait, 1/2 bouteille de champagne. Le soir, 37°6.

3 janvier. — 37°8, 104 pulsations le matin, 37°4 le soir.

4 janvier. — 37°1-37°8.

5 janvier. — 36°8-37°1. Depuis le début de l'alimentation, c'est-à-dire depuis quatre jours, on est obligé de faire deux pansements par jour. Le malade est toujours faible et a un facies tiré. Nous lui faisons une injection de 5 grammes de sérum artificiel (phosphate de soude, acide phénique, etc...) et lavons la cavité qui maintenant doit être limitée, avec une solution boriquée tiède. Ce lavage ramène une quantité de lait caillé.

6 janvier. — 37°6 le matin, 37°6 le soir. L'état général est meilleur. Nous commençons à retirer le tamponnement iodoformé

de la partie inférieure de la plaie, et le supprimons progressivement les jours suivants.

A partir de ce moment, la température est normale. Le deuxième drain, raccourci le 13 janvier, est définitivement enlevé le 24. L'écoulement du contenu stomacal a progressivement diminué pour cesser complètement le 15 janvier.

L'alimentation solide a été commencée le 24 janvier.

Le 17 février le malade part en convalescence pour Vincennes.

26 mars 1895. — Depuis une quinzaine de jours, notre opéré a repris son travail de chaudronnier. Il se porte bien, mange bien, ne se plaignant que d'une légère douleur dans l'épaule gauche pendant l'heure qui suit le repas.

La cicatrice, longue de 16 centimètres, est un peu irrégulière; il existe à sa partie supérieure une légère éventration.

CONCLUSIONS

1° La perforation n'est pas une complication rare des ulcères simples de l'estomac. Sa fréquence, d'après Brinton, serait de 13,5 %. Ce chiffre est probablement au-dessous de la vérité.

2° Le siège de ces perforations se trouve à la face antérieure de l'estomac 85 fois sur 100. Il y a donc plus de raison pour que la péritonite soit généralisée à toute la séreuse et d'autre part le traitement est plus facile et plus sûrement complet.

3° Quand un ulcère de l'estomac vient à se perforer, trois circonstances peuvent se produire.

Ou bien 1° et c'est le cas le plus fréquent, on assiste à la production d'une péritonite généralisée ;

Ou bien 2° il y a ouverture dans un viscère voisin, formation d'une fistule bi-muqueuse ;

Ou bien enfin 3° il se forme des adhérences, la suppuration s'enkyste et on a des abcès péristomacaux qui sont ou :

1° Entre le foie et le diaphragme ;

2° Entre le foie et l'estomac.

3° Entre la rate et l'estomac.

4° Cliniquement la perforation d'un ulcère simple de l'estomac se traduit en général par deux phases, une première de douleur brusque, rapide, avec sensation de déchirure intérieure, survenant tantôt brusquement, sans phénomènes antérieurs, tantôt précédée par les signes classiques de l'ulcère ; une seconde phase de péritonite généralisée avec les signes de la péritonite par perforation dont elle constitue un des types les mieux définis, vomissements, ballonnement du ventre, élévation de la température, etc., etc.

5° La perforation d'un ulcère de l'estomac est une complication presque fatalement mortelle. Si l'infection se localise, les dangers des abcès périgastriques ne sont guère moins grands, et la cicatrisation par adhérences avec un viscère voisin n'est pas elle-même sans graves conséquences ultérieures.

6° Le traitement médical ne peut rien.

7° En présence d'une complication aussi grave, le chirurgien doit intervenir.

La laparotomie exploratrice permettra d'assurer le diagnostic et d'établir le seul traitement rationnel.

8° Pour que cette laparotomie exploratrice donne de bons résultats il faut qu'elle soit précoce.

9° La perforation trouvée et reconnue, le péritoine débarrassé des matières alimentaires, suivant les circonstances, on fera, si elle est facilement accessible, ou bien la résection de l'ulcère suivie de suture, ou la suture directe, ou la gastro-entérostomie.

Si elle est difficilement accessible, on s'inspirera des circonstances et on fera du mieux possible l'occlusion indirecte de la perforation par plicature et suture à distance sur les parties saines.

10° Les résultats de cette laparotomie précoce seront sans doute meilleurs dans l'avenir; les quatorze derniers faits donnent quatre guérisons et dix morts.

11° Si l'on songe que ce sont les premières opérations, que beaucoup ont été faites tardivement, en pleine péritonite, que tous les malades auraient dû succomber, on conviendra que ces résultats sont certainement encourageants.

Vu : Le Président de la Thèse,
LE DENTU.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

1893.

- Duffau-Lagarrosse.* — Th. Bordeaux, 1893.
Raucoux. — Trib. méd., janv. 1893.
Gilford. — Brit. med., 6 mai, ulcère perforé, mort, trente et unième jour.
Howard-Dickinson. — London Clin. Soc., 18 avril.
Anson. — Perforation estomac, Lancet, mars 1893.
Kriege. — Berlin. Klin. Wochens, déc. 1892, Bull. med., janv. 1893.
Parsons. — Dublin of med. Soc., juillet, utilité de l'interv. chir. dans perforat. d'un ulcère chron.
Prinner. — Dissert., inaug. Strasbourg.
Barling. — Brit. med. journ., 17 juin 1893, trait. de ulcère perforé, drainage.
Brayer. — Th. Paris, juillet, perforation de l'estomac.
Heslain. — Trait. chir. de l'ulcère chron. perf. Brit. med. journ., nov. 93.
Barling. — Birmingham, méd. rev., sept. 1893. Trait. chir. de perf. ulcère stom.

1892.

- Potain.* — Gaz. Hôp., oct. 1892, diag. et trait. de l'ulcère stomacal.
Barling et Simon. — Perforation de l'ulcère, laparotomie et suture, Brit. med. journ., 9 janv.

Holl. — Id. Ulcère, perforation, péritonite, guérison.

Liermann. — Deutsche med. Woch., p. 163, quatre cas d'abcès sous-phrénique, par rupture de l'ulcère de l'estomac.

1891.

Fitz. — Boston Med. journal (décembre). Ulcère perforant, péritonite circonscrite. Mort au quinzième jour.

Debove. — Société méd. hôp., 26 octobre. Des abcès gazeux sous-phréniques par perforation de l'estomac.

Sturck. — Symptomatologie de la péritonite par perforation sub-aiguë (51 pages).

Nisser. — Saint-Petersbourg, Med. Woch, 25 octobre. Indicat. du trait. opérat. de l'ulcère stomacal.

Reclus. — Perforat. traumat. de l'estomac et des intestins. Bull. Soc. ch., XVI, p. 447.

Méhier. — Th. Lyon. Perforat. et rupt. spontanées de l'estomac.

1890.

Lancial. — Journ. Soc. méd, Lille, 2 mai. Péritonite sus-ombil. par gast. Ulcères. Mort.

Barton. — Clin Soc. of London, 25 avril. Perforation, péritonite, abcès trainant des intestins.

1889.

Isch Wall. — Bul. Soc. Anal., p. 23. Cancer estom., Perforation sans péritonite.

Tuffier. — Bull. Chir. Soc. XIV, p. 975. Gastrostomie. Résection de la paroi costale. Mort dixième jour.

Archangonis. — Th. Paris, juillet. Forme perforante des ulcères simples.

1887.

Neff. — Journ. of Amer. med. Ass, mars, p. 329. Ulcère perf. avec péritonite consécutive.

1886.

Faber. — Centralblatt frend Wissenach, n° 22, 29 mars. Emphy-
sème du médiastin à la suite de la perf. d'un ulcère de
l'est.

Mader. — Wiener med. Blatter, 15 oct. De la soi-disant absence
de vomissements dans la péritonite par perforation de l'es-
tomac.

1894. — Rev. med. Suisse romande, XIII, p. 722.

— *Roux.* — Laparotomie pour perforation de l'ulcère de la
face antérieure de l'estomac. Guérison.

